

ZWEITE ABTHEILUNG.

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

1. In Krankheitsfällen.

Von

Dr. **Otto Mugdan** in Berlin.

Der Ursprung des gewerblichen Unterstützungswesens kann in Deutschland bis zur Zeit des Mittelalters¹⁾ verfolgt werden. Die Zünfte und Gesellenverbindungen entrichteten an die, zumeist von geistlichen Orden unterhaltenen Krankenhäuser Beiträge, wofür ihre erkrankten Mitglieder in diesen Pflege und Aufnahme fanden; vielfach wurden auch die erkrankten Mitglieder mit Geld oder Naturalien unterstützt, im Falle ihres Todes ihr Begräbniss ausgestattet und ihren Hinterbliebenen ein Sterbegeld ausbezahlt. An Stelle dieser vollständig freiwilligen Unterstützung setzte in Preussen das Allgemeine Landrecht ein System der erzwungenen Selbsthilfe, indem es bestimmte, dass Cur und Verpflegung eines auf der Wanderschaft oder während der Arbeit erkrankten Gesellen durch die Zwangsbeiträge der am Orte beschäftigten Gesellen (Gesellenladen) zu bestreiten seien, und dass erst bei Nichtausreichen dieser Gelder die Innung des betreffenden Gewerbes einzutreten habe; könne auch von dieser das zur Cur und Verpflegung nothwendige nicht aufgebracht werden, so habe die Ortsarmenkasse (Kämmereikasse) die Verpflichtung, die Mittel herzugeben; ein krank gewordener, unvermögender Geselle durfte hiernach weder hilflos gelassen, noch vor erfolgter Wiederherstellung aus der Gemeinde fortgeschafft werden. Lehrlinge dagegen waren in Krankheit nur auf ihre Familie oder private Wohlthätigkeit angewiesen, wenn nicht der Meister im Lehrvertrage ausdrücklich sich verpflichtet hatte, für den Lehrling im Fall seiner Erkrankung zu sorgen. An diesen durch Gesetz fest-

¹⁾ Die geschichtliche Darstellung folgt zumeist Honigmann's Aufsätze im Handbuche für Staatswissenschaften.

gestellten Rechten der zünftigen Gesellen hatten die nicht zünftigen Arbeiter keinen Antheil, nur für die Pflege erkrankter Bergarbeiter und Seeschiffer enthielt das Landrecht besondere, später zu erwähnende Bestimmungen.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts fiel mit der Aufhebung des Zunftzwanges die Beitragspflicht der nicht zünftigen Handwerker zur Unterstützung wandernder und erkrankter Gesellen. Die Macht der Zünfte war vorbei und vielfach lösten sie sich, und die mit ihnen verbundenen Gesellenvereinigungen auf.

Hierdurch und noch mehr durch die Zunahme der Fabrikarbeit und den dadurch gesteigerten Zuzug der Arbeiter in die Städte, steigerte sich die Armenlast der letzteren ungemein, zumal durch die neuere Gesetzgebung die Gemeinden zur Verpflegung in ihnen erkrankter Handwerksgesellen und Arbeiter unbedingt und ohne Anspruch an andere Armenverbände verpflichtet waren. Daher ermächtigte die Preussische Gewerbe-Ordnung vom 17. Januar 1845 die Gemeinden, ortsstatutarisch für die in ihr wohnenden Handwerker und Gesellen Beiträge zur Bestreitung dieser Verpflichtung festzusetzen und eine Verordnung vom 9. Febr. 1849 gab ihnen die weitere Befugniss auch die selbständigen Gewerbetreibenden des Ortes zur Vereinigung behufs Unterstützung hilfsbedürftiger Gesellen desselben oder eines verwandten Gewerbes, sowie zur Entrichtung von Zuschüssen bis zur Hälfte der Gesellenbeiträge, endlich zur Vorschussung der letzteren, vorbehaltlich ihrer Anrechnung auf die nächste Lohnzahlung, zu zwingen und diesen Zwang auch auf Fabrikbesitzer und Fabrikarbeiter auszudehnen. Daneben wurde sowohl der Fortbestand der alten, als auch die Errichtung neuer Innungen — ohne Beitrittszwang — zugelassen und denselben die Leitung der Verwaltung der Kranken-Sterbe-Sparkassen der Innungsgenossen, sowie die Fürsorge für die Wittwen und Waisen derselben übertragen. Endlich erklärte das Gesetz vom 3. April 1854 den ortsstatutarischen Zwang zur Bildung neuer Kassen für zulässig und berechtigte auch die einzelnen Regierungen, den Kassenzwang da einzuführen, wo die Gemeinden es unterlassen hatten. Alle diese Kassen sollten die Rechte juristischer Personen haben und unter Aufsicht der Communalbehörden stehen, der Beitrittszwang durfte auch auf Lehrlinge erstreckt werden.

Indess stiessen diese Gesetze auf sehr grossen Widerstand vieler Industriellen, auch war bei vielen Communalbehörden ein sehr geringes Verständniss für ihre wohlthätige Wirkung vorhanden, und recht selten machten die Staatsbehörden von dem Rechte Gebrauch, auf eigne Faust, gegen den Willen der betheiligten Communen und Gewerbetreibenden, Kassen einzurichten. Ende 1868 bestanden daher in den alten Provinzen Preussens 2355 Kassen für Handwerksgesellen mit 282925 Mitgliedern und einem Vermögen von 720553 M., 1257 Kassen für Fabrikarbeiter mit 315311 Mitgliedern mit einem Vermögen von 4494312 M., sowie 112 Kassen für Handwerksgesellen und Fabrikarbeiter mit 29431 Mitgliedern und einem Vermögen von 146115 M.

Die Leistungen dieser Kassen, wie ihre Verwaltungskosten waren sehr verschieden, wie sie auch von den verschiedensten Körperschaften unterhalten wurden, von Staatsbehörden, Communen, Innungen, eigens zu diesem Zwecke vereinten Personen, von einzelnen oder mehreren Fabrikanten.

In den übrigen deutschen Staaten war die Gesetzgebung auf dem hier interessirenden Gebiete in diesem Jahrhundert von der Preussens erheblich verschieden. In den norddeutschen Staaten waren die Reste der alten zünftigen Gesellenkassen bewahrt, und ein Kassenzwang in grösserem oder kleinerem Umfange beibehalten worden; in Süddeutschland dagegen hatten die Gemeinden die Verpflichtung, in ihnen erkrankte Arbeiter und Gesellen zu pflegen, besaßen aber dafür das Recht, von den betheiligten Gewerbetreibenden Beiträge, eine Art Krankensteuer, zu erheben.

Zu den hier kurz skizzirten Einrichtungen trat von der Mitte unseres Jahrhunderts ab eine neue Organisation zur Pflege genossenschaftlicher Hilfe gegen Krankheit und Invalidität: die aus freier Vereinigung der Arbeiter hervorgegangenen und ausschliesslich von ihnen selbst verwalteten freien Hilfskassen. Die Bildung und Ausbreitung derselben nahm ausserordentlich zu, nachdem auch in Deutschland Gewerksvereine, den englischen Trades-Unions nachgebildet, entstanden: diese Vereine bezwecken ohne Rücksicht auf ihre politische Richtung ausser der Regelung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen auch die Gründung berufsgenossenschaftlicher Unterstützungskassen mit vollständig freier Selbstverwaltung. Bei dieser Vielgestaltigkeit des Kassenwesens ergab sich nach Gründung des Norddeutschen Bundes und noch mehr nach der Einigung Deutschlands die zwingende Nothwendigkeit, im Zusammenhange mit der Gesetzgebung über Freizügigkeit, den Unterstützungswohnsitz und Gewerbebefreiheit, reichsgesetzliche Vorschriften zur einheitlichen Regelung des Kassenwesens zu erlassen. Die Bundesregierung wollte das preussische System, also im Wesentlichen die Errichtung localer Zwangskassen, auf das gesammte Bundesgebiet übertragen. Der Reichstag dagegen war in seiner Mehrheit für volle Kassenfreiheit, für eine Begünstigung der Bildung und Ausbreitung der freien Hilfskassen. Zwischen diesen beiden Meinungen kam bei der ersten Verabschiedung der deutschen (norddeutschen) Gewerbeordnung eine Vereinbarung dahin zu Stande, dass zwar der ortstatutarische bezw. behördliche Zwang zur Bildung neuer nothwendig erscheinender Kassen aufrecht erhalten blieb, dass aber alle Arbeiter von dem Beitritt zu solchen Zwangskassen befreit wurden, die nachweislich einer freien Hilfskasse angehörten. Indess trat bald eine Verschiedenheit in der Auffassung der Verwaltungsbehörden und der Gerichte zu Tage, ob nämlich die gewährleistete Befreiung durch Mitgliedschaft bei jeder beliebigen, oder nur durch eine solche bei einer staatlich genehmigten einzutreten habe, und dieser Umstand führte zur Abänderung des Titels der Gewerbeordnung, in der die Hilfskassen behandelt werden und zur Schaffung eines besonderen Gesetzes „über die

eingeschriebenen Hilfskassen“ (7. April 1876). Dieses Gesetz stellte für das gesammte Reichsgebiet geltende Normativbestimmungen fest, durch deren Annahme jede freiwillig oder zwangsweise errichtete Kasse die Rechte einer „eingeschriebenen Hilfskasse“ erlangen sollte; diese Bestimmungen erstreckten sich auf die Aufsicht, die Organisation (Vorstand und Generalversammlung), Höhe der Beiträge, Art und Maass der Unterstützungen, das Verhältniss der Kasse zu anderen berufsgenossenschaftlichen Verbänden, wie Gewerksvereinen und Innungen; das Gesetz beschränkte den Zweck einer solchen Kasse ausschliesslich auf die Krankenfürsorge und verbot ausdrücklich die Verwendung des Kassenvermögens für andere Zwecke. Das Recht der Communalverwaltung, Personen, die keiner freien Hilfskasse angehörten, einer Zwangskasse zu überweisen, blieb bestehen, dagegen fiel die Befugniss der Regierungen, ihrerseits die Begründung von Krankenkassen für Handwerksgelesen und Fabrikarbeiter vorzunehmen, wenn dem ihrer Ansicht nach bestehenden Bedürfnisse durch Ortsstatute nicht entsprochen wurde.

Ob diese Gesetzgebung im Laufe der Jahre im Stande gewesen wäre, eine allgemeine Versicherung der deutschen Arbeiter gegen die Folgen von Krankheit herbeizuführen, lässt sich nicht entscheiden; unbestritten ist, dass die hierauf gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt worden sind; aber die Dauer ihrer Geltung war zu kurz, als dass man die Geringfügigkeit ihrer Wirkung allein auf Rechnung ihrer Mängel setzen könnte.

Die verbündeten deutschen Regierungen legten nun in weiterer Folge unter dem 8. März 1881 dem Reichstage einen Gesetzentwurf betr. die Unfallversicherung der Arbeiter vor, der die obligatorische Versicherung der Arbeiter gegen die Betriebsunfälle und die Beseitigung des sogenannten Haftpflichtprincipes, und zwar die Versicherung bei einer öffentlichen Anstalt unter Ausschluss der Privatversicherung, soweit es sich um die Erfüllung der Versicherungspflicht handelt, bezweckte. Dieser Entwurf wurde nicht Gesetz, da der Bundesrath den von dem Reichstage beschlossenen Veränderungen seine Zustimmung versagte. Unter dem 8. Mai 1882 wurde dem Reichstage ein zweiter „Entwurf eines Gesetzes betr. die Unfallversicherung der Arbeiter“, vorgelegt, der in wesentlichen Punkten von dem ersten abwich und, als wichtigstes für die Entwicklung des deutschen Krankenkassenwesens, die Carenzzeit von 4 auf 13 Wochen erweiterte: soweit Betriebsunfälle in ihren Folgen (Heilbedürfniss, Arbeitsunfähigkeit) die ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall nicht überschritten, sollten sie als Krankheitsfälle behandelt werden. Schon aus diesem Grunde allein wurde eine Neuregelung des Krankenkassenwesens unbedingt nothwendig, da sonst nicht alle gegen Unfall versicherte Arbeiter auch ausreichende Fürsorge gegen die Folgen von Betriebsunfällen während der ersten 13 Wochen besessen hätten. Deshalb legte der Bundesrath unter dem 29. April 1882 dem Reichstage den Entwurf eines „Gesetzes betr. die Krankenversicherung der Arbeiter“ vor, der

nach eingehendster Berathung vom Reichstag am 31. Mai 1883 angenommen und am 15. Juni 1883 als Gesetz publicirt wurde, während übrigens der gleichzeitig eingebrachte Entwurf über die Unfallversicherung der Arbeiter wiederum nicht Gesetz wurde. Durch dieses Gesetz wurden fast alle Arbeiter in der Industrie, Handel und Handwerk gezwungen, sich gegen die Folgen einer Krankheit zu versichern, während eine grosse Anzahl anderer Kategorien, deren Einkommen dem von Arbeitern ungefähr entspricht, die Berechtigung erhielten, einer Krankenkasse freiwillig beizutreten. Das Gesetz erfuhr durch eine im Jahre 1891/92 berrathene Novelle eine durchgreifende Aenderung, durch die der Kreis der Personen, auf welche die Krankenfürsorge sich erstreckt oder erstrecken kann, erheblich — über den Kreis der Arbeiter — erweitert wurde. Dieses „Gesetz über die Abänderung des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883“ wurde am 10. April 1892 publicirt, trat am 1. Januar 1893 in Kraft und führte nun den Namen „Krankenversicherungsgesetz“. Hiernach unterliegen dem Versicherungszwange die gewerblichen Arbeiter und die ihnen in wirtschaftlicher Beziehung ungefähr gleichstehenden Betriebsbeamten, ferner die im Handelsgewerbe, im Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare, Gerichtsvollzieher, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten angestellten Personen, soweit ihre Beschäftigung eine relativ dauernde ist und gegen Lohn oder Gehalt, Tantiemen oder Naturalbezüge stattfindet; ausserdem gestattet das Gesetz einen statutarischen Versicherungszwang für solche Berufsgruppen, für welche ein Zweig der Versicherung, wie z. B. bei den Hausgewerbetreibenden und den landwirthschaftlichen Arbeitern, nur unter besonderen örtlichen Verhältnissen als nothwendig und durchführbar anerkannt werden kann. Der Versicherungszwang besteht somit nicht für den „Arbeiterstand“ als solchen, sondern nur für solche Personen, welche thatsächlich in Arbeit stehen: Grundlage und Voraussetzung des Versicherungszwanges ist die unselbständige Beschäftigung, mit alleiniger Ausnahme des eine Uebergangsstufe bildenden Gewerbes der Hausgewerbetreibenden. Nicht versicherungspflichtige etc. Arbeiter, sowie überhaupt alle nichtversicherungspflichtige Personen, deren Jahreseinkommen 2000 Mark nicht übersteigt, haben aber das Recht, an der Krankenversicherung freiwillig sich zu betheiligen.

Eine Folge des Versicherungszwanges ist es, dass überall Organisationen (Krankenkassen) vorhanden sein müssen, in denen der Versicherungspflicht genügt werden kann. Am zweckmässigsten erschienen hierzu corporative auf Selbstverwaltung beruhende Verbände der Berufsgenossen, weil dieselbe (nach den Motiven zum K.-V.-G.)

1. bei der relativen Gleichheit der Krankheitsgefahr die rationellste ist,
2. durch die bei ihr am leichtesten durchzuführende Selbstverwaltung einen wohlthätigen moralischen Einfluss ausübt,

3. durch die nahen Beziehungen der Kassenmitglieder zu einander die zur Bekämpfung der Simulation unentbehrliche Controle erleichtert.

Solche Verbände zur Durchführung gegenseitiger Krankenversicherung der Berufsgenossen bestanden schon vor dem Krankenversicherungsgesetz

1. in den Knappschaftskassen,
2. in den Innungskrankenkassen,

3. in örtlichen, auf Grund eines Communalstatutes oder durch freien Willen eines Betriebsunternehmers errichteten Kassen für Arbeiter und Gesellen.

Alle diese Einrichtungen, sowie auch die eingeschriebenen und freien, auf landesrechtlichen Bestimmungen beruhenden Hilfskassen wurden bei der Durchführung der Organisation der Krankenversicherung mehr oder weniger verwandt.

Die Knappschaftskassen und Innungskrankenkassen wurden in Bezug auf ihre Mindestleistungen dem Gesetze angepasst, sodass es ihren Mitgliedern gestattet werden konnte, durch die Zugehörigkeit in ihnen ihrer Versicherungspflicht zu genügen. Die Verallgemeinerung der von den Gemeinden auf Grund des R.-G. vom 8. April 1876 ausgehenden Begründung örtlicher Hilfskassen führte zur Errichtung der Ortskrankenkassen; aus den von einem Unternehmer errichteten Kassen wurden die Fabrik- (Betriebs-) Kassen gebildet, denen die Bau-Krankenkassen zur Seite traten, welche die Bauherren vorübergehender Baubetriebe für die darin Beschäftigten zu errichten haben. Da nun aber Versicherungspflichtige auch in so kleinen Gemeinden wohnen, in denen die Zahl der in einem oder in allen Gewerben beschäftigten Personen zur Bildung einer lebensfähigen Krankenkasse nicht ausreicht, ausserdem aber auch in grösseren Communen Klassen von Versicherungspflichtigen vorhanden sind, welche Ortskrankenkassen nicht zugewiesen werden können, ohne den berufsgenossenschaftlichen Charakter zu gefährden, für diese Versicherungspflichtige der Versicherungszwang jedoch auch durchgeführt werden musste, so wurde zur Ergänzung die Gemeinde-Krankenversicherung gebildet, die keine Krankenkasse darstellt, sondern eine communale Einrichtung, für alle Gemeinden obligatorisch ist, wenn nicht für alle Versicherungspflichtigen anderweitig gesorgt ist; dieselbe verpflichtet die Gemeinden unmittelbar kraft des Gesetzes und unabhängig von jeder durch eine Mitwirkung der Beteiligten oder der Behörden bedingten Organisation, gegen Erhebung eines gesetzlich bemessenen Versicherungsbeitrages, jeden in ihrem Bezirke beschäftigten Versicherungspflichtigen, der (aus irgend einem Grunde) keiner der vorgesehenen organisirten Krankenkasse zuzuweisen ist, für den Fall der Krankheit bezw. Erwerbsunfähigkeit ein nach Höhe und Dauer gesetzlich festgesetztes Mindestmaass von Unterstützung zu gewähren¹⁾. Die Zugehörigkeit zu einer freien Hilfskasse befreit einen Versicherungspflichtigen nur dann von der Verpflichtung, einer der genannten (Zwangs-) Kassen bezw. der Ge-

¹⁾ Vgl. S. 10.

meinde-Krankenversicherung anzugehören, wenn die freie Hilfskasse mindestens dasselbe gewährleistet, was der Versicherte von der Gemeinde-Krankenversicherung seines Beschäftigungsortes im Krankheitsfalle zu beanspruchen haben würde. Ist dies nicht der Fall, so kann die Hilfskasse nur als Zuschusskasse wirken, d. h. ihre Mitglieder müssen zwar der für ihren Bezirk geltenden Zwangsorganisation angehören, erhalten aber dafür im Krankheitsfalle aus beiden Kassen Unterstützung, die aber nicht höher sein darf als der Betrag des vollen Lohns.

Bei den Zwangskassen tritt die Mitgliedschaft ohne jede Erklärung auf Grund der Beschäftigung in dem Gewerbszweige oder in der Betriebsart ein; in örtlicher Hinsicht entscheidet der Beschäftigungsort. Bei dem Uebertritt von einer Zwangskasse zur andern ist, soweit die gesetzlichen Mindestleistungen in Frage kommen, weder eine Wartezeit noch Zahlung eines Eintrittsgeldes zulässig.

Innungs- und Knappschaftskassen sind nur für gewisse Berufsarten verwendbar, die Baukrankenkassen haben nur für eine gewisse Zeit (die Bauzeit) eine Wirksamkeit, somit ist die Durchführung des Gesetzes — da ja die Hilfskassen auf Freiwilligkeit beruhen — ganz überwiegend auf die Orts- und Betriebskrankenkassen angewiesen, wie es auch von der Gesetzgebung beabsichtigt worden ist: sie umfassen die grosse Mehrheit aller Kassen und Versicherten.

Die Beiträge zu diesen Kassen werden — abgesehen von den Knappschaftskassen¹⁾ und freien Hilfskassen — gemeinsam von den Arbeitgebern²⁾ und Arbeitnehmern aufgebracht, dergestalt, dass erstere ein Drittel, letztere zwei Drittel zahlen. Das Gesetz beschränkt die Höhe der Beiträge, und zwar zu der Gemeindeversicherung, deren Leistungen, wie später ausgeführt werden wird, geringer sind, als die der anderen Kassen, auf $1\frac{1}{2}$ —2 pCt. des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagesarbeiter, für die Mitglieder der Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen auf 3 bis höchstens $4\frac{1}{2}$ pCt. des Durchschnittslohnes derjenigen Klasse von Arbeitern, für welche die Kasse errichtet ist. Wie hoch der ortsübliche Tageslohn für Tagesarbeiter und der für gelernte Arbeiter zu berechnen ist, wird von der höheren Verwaltungsbehörde (Regierungspräsident in Preussen, für Berlin Oberpräsident) nach Anhörung der Gemeindebehörde festgesetzt; dabei ist als Durchschnittslohn derjenige Lohn anzusehen, welcher im Jahresdurchschnitt an Durchschnittsarbeiter der betreffenden Arbeiterklasse (entweder gewöhnliche Tagearbeiter oder besondere Klassen von Arbeitern) täglich gezahlt wird, ohne Rücksicht darauf, ob der betreffende beitragende Arbeiter diesen Betrag als Durchschnittslohn erreicht. Dabei findet die Festsetzung für männliche und weibliche Personen, sowie für Personen unter und über 16 Jahren getrennt statt;

1) Vgl. dieses Handbuch. II. Bd. 2. Abth. 1. Anhang.

2) Bei ganz kleinen Betrieben kann die Heranziehung der Arbeitgeber ganz ausgeschlossen werden. Die Beitragspflicht der Arbeitgeber wurde mit Rücksicht auf die Leistungen der Krankenkassen für die Unfallfürsorge festgesetzt.

es kann ausserdem die Festsetzung getrennt vorgenommen werden für junge Leute zwischen 14 und 16 Jahren und für Kinder unter 14 Jahren.

Die gesammten Beiträge der Arbeiter sind regelmässig von den Arbeitgebern zu bestimmten Terminen einzuzahlen; den auf den Arbeiter fallenden Theil können sie bei der nächsten Lohnzahlung in Abzug bringen. Nur wenn der Arbeitgeber mit seinen Zahlungen im Rückstande geblieben ist und seine Zahlungsunfähigkeit festgestellt wird, kann der Arbeiter verpflichtet werden, die auf ihn fallenden zwei Drittel des Beitrages selbst einzuzahlen. Die regelmässige Verpflichtung des Arbeitgebers, die Beiträge im Ganzen zu zahlen, ist entschieden zur Durchführung des Versicherungszwanges nothwendig, da das Eintreiben von dem einzelnen Arbeiter bei dem fortwährenden Orts- und Berufswechsel derselben fast unmöglich wäre. Aus diesem Grunde musste auch dem Arbeitgeber die Verpflichtung auferlegt werden, seine Arbeiter bei der für sie eingerichteten Kasse oder Gemeindekrankenversicherung anzumelden und wieder abzumelden, wenn sie aus dem Dienstverhältniss zu ihm ausscheiden. Jeder Arbeitgeber hat demnach bei der Annahme eines Arbeiters zu prüfen, ob sein Arbeiter nicht einer freien Hilfskasse angehört, deren Mitgliedschaft ihn von der Versicherung in anderen Kassen entbindet¹⁾. Bei den eingeschriebenen Hilfskassen fehlt natürlich der Beitrag des Arbeitgebers; hier können die Beiträge nach Beruf, Lebensalter, Geschlecht, Beschäftigung und, da ja auch die Aufnahme verweigert werden kann, nach dem Gesundheitszustande abgestuft werden; über die Maximalhöhe der Beiträge ist hier nichts bestimmt. Diesem letzteren grossen Nachtheile steht der Vortheil gegenüber, dass Veränderungen des Wohnortes und der Beschäftigungsart keinen Kassenwechsel nach sich ziehen. Die Verwaltung der Hilfskasse ist verpflichtet, das Ausscheiden von Mitgliedern oder ihren Uebertritt in eine niedrigere Mitgliedskasse der Aufsichtsbehörde mitzutheilen, damit dieselbe prüfen kann, ob nun die Einreihung in die Zwangsversicherung zu erfolgen hat.

Die Verwaltung der Gemeindekrankenversicherung liegt in den Händen der Gemeindebehörde: die Gemeinde trägt auch allein die Kosten der Verwaltung. Bei Orts-, Betriebs- und Baukrankenassen besteht eine Selbstverwaltung im vollen Umfange. Die Organe der Kasse sind die Generalversammlung und der Vorstand. Die Generalversammlung bilden entweder sämmtliche grossjährige, unbescholtene Kassenmitglieder oder deren Vertreter; der Vorstand wird von der Generalversammlung gewählt. Die Arbeitgeber haben nach Massgabe ihrer Beiträge Anspruch auf Vertretung im Vorstande und der Generalversammlung, es darf ihnen also nicht mehr als ein Drittel der Stimmen eingeräumt werden. Bei den Betriebs- und Baukrankenassen kann satzungsgemäss dem Betriebsunternehmer oder einem von ihm dazu Bestellten der Vorsitz im Vorstande und Generalversammlung übertragen werden. Die Verwaltungskosten werden bei den Ortskrankenassen ganz von der Kasse, bei den Betriebs-

¹⁾ Vgl. S. 7.

und Baukrankenkassen theilweise von dem Betriebsunternehmer und der Kasse getragen. Der erstere hat nämlich selbst die Kosten der Rechnungs- und Kassenführung zu bestreiten (also z. B. für die Besoldung des Rendanten, die Unterhaltung des Kassenlokals, Formulare etc., dagegen für nicht die Kosten für Prozesse, Reisekosten der Vorstandsmitglieder). Bei den Innungskrankenkassen bestehen dem Wortlaut des Gesetzes nach für die Verwaltung fast dieselben Verhältnisse, wie bei den Ortskrankenkassen, nur können statutarisch dem Innungsvorstande solche Rechte eingeräumt werden, dass die Selbstverwaltung der Kasse dabei nur pro forma besteht; bei den freien Hilfskassen liegt natürlich die Verwaltung und das Aufbringen der Mittel für dieselbe nur den Mitgliedern ob. Alle Kassen, mit Ausnahme der Innungskrankenkassen, haben die Rechte einer selbständigen rechtlichen Person.

Die Statuten werden bei der Gemeindekrankenversicherung selbstständig von der Gemeindebehörde, bei den Ortskrankenkassen auch von derselben, aber nach Anhörung der beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer, errichtet; bei den Betriebskrankenkassen, sowie den Baukrankenkassen hat der Betriebsunternehmer entweder in Person oder durch einen Beauftragten nach Anhörung der beschäftigten Personen oder der von denselben gewählten Vertreter das Statut zu errichten; bei den Innungskrankenkassen errichtet die Innung selbst das Statut, ebenso wie bei der freien Hilfskasse diejenigen es thun, die sich zu der Kasse vereinigen wollen. Die Kassenstatuten bedürfen der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde¹⁾, gegen deren ablehnenden Bescheid das Verwaltungsstreitverfahren, bei den Innungskrankenkassen der Recurs an die Centralbehörde zulässig ist²⁾. Die Statuten der Ortskrankenkassen müssen Bestimmungen treffen:

1. über die Klassen der dem Versicherungszwange unterliegenden Personen, welche der Kasse als Mitglieder angehören sollen;
2. über Art und Umfang der Unterstützungen;
3. über die Höhe der Beiträge;
4. über die Bildung des Vorstandes und den Umfang seiner Befugnisse;
5. über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und die Art ihrer Beschlussfassung;
6. über die Abänderung des Statuts;
7. über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

Das Statut darf keine Bestimmung enthalten, welche mit dem Zwecke der Kasse nicht in Verbindung steht oder gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft.

¹⁾ Vgl. S. 8.

²⁾ Freien Hilfskassen steht reichsgesetzlich gegen den ablehnenden Bescheid der höheren Verwaltungsbehörde auch nur der Recurs zu, doch ist ihnen landesgesetzlich z. B. in Preussen das Verwaltungsstreitverfahren dagegen eröffnet.

Gleiche oder ähnliche Vorschriften bestehen für die Statuten der anderen Kassen.

Die Aufsicht über die Kassen führen die Gemeindebehörde oder Kreisbehörden unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde.

Was nun das Wichtigste anbetrifft, die Unterstützung, die die Krankenkassen den Versicherten zu leisten haben, so setzt hierfür das Gesetz ein Minimalmaass fest. Die Gemeindekrankenversicherung muss gewähren (§ 6 K.-V.-G.):

1. vom Beginne der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tageslohnes gewöhnlicher Tagesarbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der dreizehnten Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Beginn der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist wöchentlich zu zahlen. An Stelle der unter Ziffer 1 und 2 bezeichneten Leistungen kann unter gewissen Voraussetzungen freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nebst der Hälfte des vorbezeichneten Krankengeldes für Angehörige gewährt werden.

Bei den anderen (organisirten) Kassen ist die Mindestleistung höher bemessen. Hier tritt an Stelle des täglichen Krankengeldes in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter eine Geldunterstützung, die mit der Maassgabe zu bemessen ist, dass der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, soweit er drei Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter tritt. Ausserdem müssen diese Kassen

- a) ein Sterbegeld im zwanzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes und
- b) für Wöchnerinnen, welche innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate einer gesetzlichen Kasse (Gemeinde-Krankenversicherung) angehört haben, auf die Dauer von mindestens vier Wochen nach ihrer Niederkunft, und soweit ihre Beschäftigung durch die Reichs-Gewerbe-Ordnung für eine längere Zeit untersagt ist, für diese Zeit, eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes gewähren.

Alle die genannten Kassen können ihre Leistungen in einem im Gesetze bestimmten Umfange erweitern, z. B. Gewährung des Krankengeldes auch an Sonntagen und Feiertagen, Ausdehnung der Unter-

stützung bis auf ein Jahr, Absehen von jeder Carenzzeit bei Gewährung des Krankengeldes, Erhöhung des letzteren, sowie Verlängerung der Wöchnerinnenunterstützung, Einbeziehung der Familienmitglieder in die ärztliche Behandlung nebst Gewährens von Arznei und Heilmitteln an dieselben, schliesslich Erhöhung des Sterbegeldes.

Betrachten wir diese Bestimmungen genauer, so fällt auf, dass in ihnen jede Erklärung, was Krankheit und Erwerbsunfähigkeit sei, fehlt. Während medicinisch jede Abweichung vom normalen Lebensprocesse als Krankheit angesehen wird, wird im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes als Krankheit ein bestimmter anomaler Körperzustand eines Menschen nur dann betrachtet werden, wenn die Nothwendigkeit der Behandlung oder eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit wahrnehmbar zu Tage tritt. Im Sinne des Gesetzes werden daher solche die Arbeitskraft des Menschen beeinträchtigenden Zustände nicht als Krankheit aufgefasst werden, die durch natürliche Vorgänge herbeigeführt werden, wie z. B. Schwangerschaft, senile Entartung der Organe; solche Zustände können aber auch ärztliche Behandlung nothwendig machen und sind dann den „Krankheiten“ zuzurechnen. So z. B. ist eine Frau, die an Schwangerschaftserbrechen leidet, sicherlich krank und kann durch dasselbe erwerbsunfähig werden, und dasselbe gilt von einem Greise, bei dem die natürlichen Veränderungen der Blutgefässe zu Athemnoth, Herzklopfen und Beängstigungen führen; der Beginn der Krankheit wird im Sinne des Gesetzes nicht immer mit ihrem wirklichen Anfange zusammenfallen, sondern mit der Feststellung des Leidens durch den Arzt. Erwerbsunfähig im Sinne des K.-V.-G.¹⁾ ist ein Mensch, der nach dem Urtheil des Arztes zur Fortsetzung derjenigen Beschäftigung, die ihn versicherungspflichtig machte, unfähig ist. Diese von den Gerichten und Verwaltungsbehörden angenommene Begriffsbestimmung kann sehr häufig den Arzt in Verlegenheit setzen. Nach dem Gesetz ist es Personen, die der Kasse angehört haben und aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung treten, gestattet, der Kasse noch freiwillig anzugehören²⁾. Die Beschäftigung dieser Personen ist oft von derjenigen, die sie versicherungspflichtig machte, weit verschieden; so findet man unter freiwilligen Mitgliedern grosser städtischer Ortskrankenkassen, wie der der Maschinenbauer oder Maurer, Restaurateure, Gemüsekrämer etc. Es leuchtet ein, dass z. B. ein Rheumatismus jemanden unfähig macht, als Maurer thätig zu sein, aber ihn nicht verhindert, dem Schankgewerbe nachzugehen. Dergleichen Beispiele lassen sich noch mehr anführen. Meinem Erachten nach ist ein Kassenmitglied dann als erwerbsunfähig zu betrachten, wenn es nicht ohne Gefahr oder schwere Belästigung der Beschäftigung nachgehen kann, die es gegenwärtig betreibt. Die Frage

1) Sowohl im Unfallversicherungsgesetz als im Alters- und Invaliditätsgesetz ist der Begriff Erwerbsunfähigkeit anders aufzufassen.

2) Uebrigens auch dann, wenn ihr Gesamteinkommen mehr als 2000 M. beträgt (vergl. S. 5).

der Erwerbsunfähigkeit hängt innig zusammen mit der Frage der Simulation und der besten Art der Beschaffung ärztlicher¹⁾ Hilfe für die Krankenkassen. Die letzteren haben fast allgemein von der ihnen durch das Gesetz (§§ 6a und 20a) gegebenen Befugniß Gebrauch gemacht, ihren Mitgliedern die freie ärztliche Behandlung in der Weise zu gewähren, dass sie einem oder mehreren Aerzten gegen ein festes Gehalt die Behandlung ihrer Mitglieder übertragen und die durch die Inanspruchnahme anderer Aerzte entstandenen Kosten, von Fällen dringender Gefahr abgesehen, ablehnten. Dadurch ist die deutsche Aerzteschaft unzweifelhaft in Abhängigkeit von den Krankenkassenvorständen gerathen. Denn da der grösste Theil derjenigen Bevölkerungsklasse, die die Kundschaft des Arztes, namentlich des Anfängers, bildet, Krankenkassen angehört, so steht dieselbe nur einer kleinen Minderheit von Aerzten zur ärztlichen Behandlung zur Verfügung; die übrigen, und das ist die grosse Mehrheit der Aerzte, sind hierdurch thatsächlich ausser Stande, die Kenntnisse, die sie sich auf der Universität in einem sehr kostspieligen Studium erworben haben, praktisch zu verwerthen, so lange, als es ihnen nicht gelingt, eine Kassenarztstelle zu erlangen. Die Folge ist, besonders bei der Ueberfüllung des ärztlichen Standes, eine nicht immer tactvolle Bewerbung der Aerzte bei den Kassenvorständen, ein Unterbieten und, dem starken Angebot entsprechend, fortwährendes Herabmindern des Honorars. Und da bei diesem System dem Arzte seine Stelle von dem Kassenvorstande gekündigt werden kann, so ist er auch in seiner kassenärztlichen Thätigkeit vom Kassenvorstande abhängig; er wird seine Stelle verlieren, wenn er z. B. nach Ansicht des Kassenvorstandes bei der Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit nicht vorsichtig genug vorgeht und damit die Ausgaben für Krankengeld steigert, oder zu theure Arzneien verschreibt. Aus diesen Gründen hat die deutsche Aerzteschaft das Bestreben, bei den Krankenkassen „freie Arztwahl“ einzuführen. Darunter ist etwa nicht die Forderung zu verstehen, dass ein Kassenmitglied berechtigt sein soll, ohne weiteres die Hilfe jedes beliebigen Arztes in Anspruch zu nehmen, das würde bei den verschiedenen Honoraransprüchen der Aerzte unter Umständen die Kasse finanziell ruiniren; dem Begriffe der freien Arztwahl entspricht vielmehr jede Einrichtung, welche einerseits jedem Arzte eines Communalbezirks die Berechtigung gewährt, bei einer Kasse unter bestimmten, vorher vereinbarten, den einzelnen Arzt verpflichtenden Bedingungen als Kassenarzt zu fungiren, andererseits jedem Kassenmitgliede in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter diesen Aerzten freilässt. Die Organisation dieser Einrichtung geschieht am zweckmässigsten durch Abschluss von Verträgen zwischen ärztlichen Vereinigungen und den Vorständen der

¹⁾ Unter ärztlicher Behandlung ist grundsätzlich die Behandlung durch einen approbirten Arzt zu verstehen. Bedauerlicher Weise sind in Sachsen auch Nichtärzte (Curpfuscher) zur Behandlung von Krankenkassenmitgliedern zugelassen worden.

Krankenkassen; diese Verträge müssen Bestimmungen enthalten über das Honorar, über Abwehrmaassregeln gegen Simulation, Arzneiverschwendung und über andere im Interesse der Kassen und Aerzte nothwendigen Maassregeln. Die allgemeine Durchführung dieser freien Arztwahl würde voraussichtlich eine Verbesserung des Krankenversicherungsgesetzes bedeuten; auch die versicherten Arbeiter, namentlich der grossen Städte, sind mit dem System der festangestellten Aerzte häufig nicht zufrieden; sie sehen in dem Kassenarzte mit einer gewissen Berechtigung einen Beamten des Kassenvorstandes; es herrscht bisweilen zwischen Patient und Arzt kein Vertrauen, der Patient hält sich oft für zurückgesetzt, besonders da einzelne Kassenärzte der grossen Städte ausserordentlich überlastet sind. Deshalb wird auch von Arbeitern die Einführung der freien Arztwahl gewünscht. Gegen dieselbe wird angeführt, dass sich bei ihr die Kosten für Arznei und Krankengeld sehr steigern; doch ist das einzige Material, das hierfür beigebracht wird und sich nur auf Verhältnisse in Berlin bezieht, kein beweiskräftiges. Das Krankengeld soll deswegen oft unnöthig bei der freien Arztwahl gezahlt werden, weil der Arzt hierbei dem Patienten leicht zu Willen sein soll und auf diese Weise der Simulation Vorschub leiste. Versteht man unter einem Simulanten einen Menschen, der eine Krankheit oder Beschwerde, für die keine Ursache besteht, vorspiegelt, so ist die Simulation bei Krankenkassenmitgliedern nicht sehr häufig. Dafür sorgt schon die Höhe des Krankengeldes, die ja nur bei Doppelversicherung den wirklichen Verdienst erreicht, meistens aber weit hinter ihm zurückbleibt. Gewiss übertreibt auch ein Kassenmitglied sein Leiden, ein Theil der Personen aber, die von Kassenvorständen der Simulation beschuldigt werden, sind chronische Kranke. Gewiss die Hälfte aller Kassenmitglieder sind im medicinischen Sinne nicht völlig gesund; ausser der so viel verbreiteten Tuberculose in all' ihren Stadien findet man chronische Katarrhe der Luftwege, des Magens, Rheumatismus und Nervenkrankheiten, bei weiblichen Mitgliedern alle Formen der Bleichsucht und Frauenkrankheiten. Nun weiss jeder Laie, dass derartig Leidende ein sehr wechselvolles Befinden haben: auf Monate relativen Wohlbefindens folgt eine Zeit schwersten Unbehagens. Bei Lungenkranken — und das sind vielleicht 80 pCt. der chronisch kranken Arbeiter — ist dies meist der Winter, dem deshalb die besser situirten Lungenkranken durch eine Reise nach dem Süden entfliehen. Das kann natürlich der Arbeiter nicht¹⁾, und deshalb benutzt er die Zeit der schlechteren Arbeitsgelegenheit oder der Arbeitslosigkeit dazu, um seine Gesundheit zu verbessern oder vielmehr eine Verschlimmerung seines Leidens zu verhüten. Dass er dazu vollste Berechtigung hat, wird Niemand bestreiten; ist z. B.

¹⁾ Neuerdings errichten die Invaliditäts-Anstalten vielfach Heilstätten für Lungenkranke. Die letzteren haben für die Unterbringung, die manchmal 6 Monate dauert, gar nichts zu bezahlen, weil die Anstalt bei etwaiger Besserung an Invalidenrente später zu sparen gedenkt.

ein Maurer im Sommer durch Krankheit verhindert zu arbeiten, so verliert er wahrscheinlich seinen ganzen Jahresverdienst, und deshalb benutzt er den Winter, wo die Bauthätigkeit ruht oder schwach ist, seinen kranken Körper für die zu erwartende Arbeitszeit zu festigen.

Es hat sich daher auch in den letzten Jahren herausgestellt, dass nichts so sehr die Finanzen einer Kasse berührt, als der Gang der Geschäfte und der Industrie. Ist viel Arbeit vorhanden, ist die Ziffer der Erwerbsunfähigen gering, sinkt die Arbeitsgelegenheit, so steigt sie; die Krankenkassen sind zum Theil, was nicht beabsichtigt war, eine Versicherung gegen Arbeitslosigkeit geworden, deswegen, weil eben die Zahl der chronisch Kranken eine sehr grosse ist. Das Gesetz hat ja allerdings festgesetzt, dass Versicherten, welche die Krankenunterstützung ununterbrochen, oder im Laufe eines Zeitraums von zwölf Monaten für dreizehn Wochen bezogen haben, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles, sofern dieser durch die gleiche, nicht gehobene Krankheitsursache veranlasst ist, im Laufe der nächsten 12 Monate Krankenunterstützung nur für die Gesamtdauer von 13 Wochen gewährt werden kann, doch hat dies für die Inanspruchnahme der Kassen durch die chronisch Kranken — und das ist die Hauptbelastung — sehr wenig Werth, da dieselben nach 10 bis 12 Wochen Unterstützung immer zu arbeiten versuchen und auch daran von den Aerzten nicht immer verhindert werden können.

Trotzdem ist übrigens der Vermögensbestand der Kassen ein ausserordentlich guter und beträgt mehr als 140 Millionen Mark.

Trotz der vorhandenen Mängel wird man doch die den deutschen Arbeitern durch das Krankenversicherungsgesetz gewährleistete Krankenfürsorge als einen ungeheuren Fortschritt bezeichnen dürfen, und es ist zweifellos, dass sie in allen Culturländern Nachahmung finden wird.

Bisher sind Oesterreich und die Schweiz dem deutschen Beispiel gefolgt. Die Verhältnisse der Krankenkassen sind ähnliche, wie in Deutschland, wobei zu bemerken ist, dass die Schweiz jeden in der Schweiz approbirten Arzt zur Behandlung der Kassenmitglieder unter bestimmten Bedingungen zulässt und für jedes Kassenmitglied einen Staatszuschuss von 1 Centime pro Tag bezahlt¹⁾.

Die Sorge für kranke Arbeiter in Dänemark beruht auf dem Gesetz betr. anerkannte Krankenkassen vom 12. April 1892; dasselbe enthält nicht den Versicherungszwang, sondern erklärt nur dieselben Bevölkerungsklassen, wie in Deutschland, als berechtigt, in „anerkannte“ Kassen einzutreten, d. h. in solche Kassen, die ungefähr dasselbe leisten²⁾,

¹⁾ In Oesterreich ist das Gesetz seit dem 30. März 1888 in Kraft; in der Schweiz ist es zwar vollständig fertiggestellt, hat aber noch die Volksabstimmung zu passiren, die wohl erst Mitte des Jahres 1899 erfolgen wird.

²⁾ Die Kinder der Mitglieder, die noch nicht 15 Jahre alt sind und im elterlichen Hause wohnen, haben auch das Recht auf freie ärztliche Hilfe und Krankenhausbehandlung.

als den deutschen Ortskrankenkassen als Mindestleistung vorgeschrieben ist. Für diese Kassen wird ein jährlicher Staatszuschuss von 500000 Kronen (= 550000 Mark) gezahlt. Dieser Zuschuss wird unter die einzelnen Krankenkassen theils im Verhältniss zur Mitgliedzahl am Ausgang des Jahres, theils im Verhältniss zum Mitgliederbeitrag im betreffenden Jahre vertheilt. Der Theil des Zuschusses, der im Verhältniss zur Mitgliederzahl vertheilt wird, darf 2 Kronen für jedes Mitglied nicht übersteigen, und der Theil, der im Verhältniss zur Mitgliederzahl gezahlt wird, darf nicht mehr als ein Fünftel des Mitgliederbeitrages der einzelnen Kasse betragen. Ausserdem sind die Communen verpflichtet, die Mitglieder der Krankenkassen in ihren Krankenhäusern für die Hälfte des gewöhnlichen Satzes, solange dasselbe gegen die Kasse einen Unterstützungsanspruch hat, zu behandeln und zu verpflegen, und wenn diese Mitglieder auf dem Lande wohnen und kein Pferd und Wagen besitzen, auch das Abholen des Kassenarztes (Hebamme), oder die Ueberführung in das Krankenhaus auf eigene Kosten zu übernehmen, allerdings nur für eine Weglänge von 11,31 Kilometer; über diese Grenze hinaus hat die Kasse eine nach der Taxe des Amtrathes festzustellende Bezahlung zu entrichten.

Durch diese Zuwendungen hofft man es allmählig dahin zu bringen, dass alle Versicherungsberechtigten sich einer anerkannten Krankenkasse anschliessen. Im Jahre 1896 waren allerdings von den ca. 3500000 versicherungsbedürftigen Personen nur 179378 versichert. Es bestanden in diesem Jahre 724 Kassen, deren Organisation im örtliche oder berufliche der deutschen entspricht; dieselben erhoben an Mitgliederbeiträgen 1100220 Kronen, erhielten 475817 Kronen Staatszuschuss und 38982 Gemeindegzuschuss. Dieselben bezahlten an Krankengeld 611518 Kr., an Krankenhäuser 95298 Kr., für Arzt und Fuhren 517883 Kr., für Arznei 178349 Kr. und für Verwaltungskosten 126392 Kr. In Dänemark besteht, was die Anstellung der Aerzte betrifft, freie Arztwahl; eine Bestimmung, wie im deutschen K.-V.-G. § 6a und 26a., auf Grund deren die Kassen berechtigt sind, ihren Mitgliedern „bestimmte“ Aerzte vorzuschreiben, besteht hier nicht.

Fast ganz genau dieselben Verhältnisse bestehen in Schweden. Wie in Dänemark, so will auch das schwedische Gesetz „über Krankenkassen vom 30. October 1891“ dem freien Krankenkassenwesen eine geordnete Grundlage und durch Staatszuschüsse eine schnellere Entwicklung geben. Nur darin besteht ein grosser Unterschied, dass das schwedische Gesetz diesen „anerkannten“ Kassen eine Mindestleistung nicht vorschreibt. Im Jahre 1895 betrug die Zahl der eingeschriebenen Krankenkassen 572 (gegen 221 im Jahre 1892); von diesen hatten nur 523 Kassen vollständige Angaben über die Zahl der Mitglieder gemacht, und zwar betrug ihre Mitgliederzahl 64967, davon 50346 männliche, 14621 weibliche. Nimmt man die Bevölkerung Schwedens auf ca. 5000000 Personen an, so sind davon sicherlich ca. 150000 Personen nach deutschen Begriffen versicherungspflichtig und auch versicherungsbedürftig. Man kann des-

halb die schwedische Fürsorge für kranke Arbeiter als eine ausreichende nicht bezeichnen. Noch übler steht es in dieser Beziehung in Norwegen. Kaum ein Zehntel derjenigen Personen, die eine Versicherung gegen Krankheit benöthigen, sind Mitglieder von Kassen; obwohl man schon seit dem Jahre 1892 den Beschluss gefasst hat, eine Zwangsversicherung für die versicherungsbedürftigen Personen einzurichten, ist man über Vorschläge noch nicht hinausgekommen. Da aber inzwischen das Unfallversicherungsgesetz in Kraft getreten ist, und dieses Gesetz die ganze Krankenfürsorge der Verletzten innerhalb der ersten 4 Wochen nach dem Unfall dem Arbeitgeber zur Last legt, sofern der Verletzte einer Krankenkasse nicht angehört, so ist die Regelung der Krankenversicherung äusserst dringend geworden. Nach dem zuletzt von der Regierung eingebrachten Entwurf werden voraussichtlich ausser den im § 1 des deutschen K.-V.-G. erwähnten Bevölkerungsklassen auch die Land- und Forstarbeiter in die Versicherung einbezogen, die Kassenmindestleistungen auf Krankengeld, freie Arzthilfe und Arznei festgestellt, die Beiträge nach Lohnklassen abgestuft werden. Behufs Durchführung der Versicherung ist die Errichtung einer das ganze Staatsgebiet umfassenden „Landes-Krankenkasse“ mit Unterabtheilungen in den einzelnen Gemeinden geplant; dabei sollen aber private Krankenkassen bestehen bleiben und die Zugehörigkeit zu einer solchen, sofern sie gewisse Bestimmungen erfüllt, von dem Beitritt zur Landeskrankenkasse befreien.

In Frankreich besteht bisher eine ausreichende Fürsorge für kranke Arbeiter noch nicht. Hier liegt die ganze Fürsorge in den Händen von Hilfsvereinen, deren Organisation sich auf den Grundsatz der Gegenseitigkeits-Unterstützung stützt. Nach einem Decret vom 26. März 1852 soll in jeder Gemeinde, wo ein Bedürfniss dazu vorliegt, auf Veranlassung des Bürgermeisters und Pfarrers ein Verein für gegenseitige Hilfeleistung eingerichtet werden, deren aktive Mitglieder — es giebt auch zahlende Ehrenmitglieder — ein Anrecht haben, wenn sie erkrankt, verletzt und siech sind, vorübergehend unterstützt zu werden; auch wird den Hinterbliebenen ein Sterbegeld gewährt. Diese Hilfsvereine durften auch bei einer genügenden Anzahl von Ehrenmitgliedern Altersrenten gewähren, ihre Statuten unterlagen der staatlichen Genehmigung, und ebenso hatten sie genaue Vorschriften über die Verwendung und Anlage ihres Vermögens zu erfüllen. Das Gesetz vom 1. April 1898 hat den Wirkungskreis der Hilfsvereine bedeutend erweitert. Die Hilfsvereine oder Fürsorgevereine dürfen einen oder mehrere der folgenden Zwecke verfolgen: ihren activen Mitgliedern und deren Familien Unterstützungen bei Krankheit, Unfall und Invalidität zu sichern, Altersrenten zu begründen, Lebens- oder Unfallsversicherung zu vermitteln, endlich bei Todesfällen Begräbnisskosten oder Unterstützungen an die Hinterbliebenen vorzusehen. Schon hieraus wird erklärlich, dass diese Hilfsvereine nicht nur den Arbeitern oder den diesen gleichstehenden Bevölkerungsklassen dienen, sondern weit über den Kreis derselben hinaus ihre Wirksam-

keit entfalten; eine genaue Angabe darüber, wieviel Arbeiter unter den etwa 1100000 Mitgliedern sind, haben wir nicht ausfindig machen können, aber das steht fest, dass ganz im Widerspruch mit dem Gesetz auch die zahlenden Ehrenmitglieder ganz ruhig an den Vortheilen, die diese Vereine in der Krankenfürsorge gewähren, theilnehmen: sie nehmen auf Kosten des Vereins Arzt und Medicin. Es erscheint fraglich, ob durch diese — staatlich unterstützte — Vereinsthätigkeit den Anforderungen einer wirklichen Krankenversicherung der Arbeiter genügt werden kann, ganz abgesehen davon, dass in zweiter Linie auch die Aerzte hierdurch geschädigt werden.

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

2. In Betriebsunfällen.

Von

Sanitätsrath Dr. C. Thiem in Cottbus.

I. Geschichtliches.

A. Zustände vor dem Erlass des deutschen Unfallgesetzes.

Schon im ersten Bande dieses Werkes ist von Dietrich in eingehender Weise die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege erörtert worden. Dabei konnte nur beiläufig der Bestrebungen gedacht werden, welche über die Fürsorge für die eigentlichen Kranken hinaus sich auch auf die Personen erstreckte, welche zwar nicht oder nicht mehr einer acuten Erkrankung verfallen und infolge dieser vorübergehend arbeitsunfähig waren, sondern entweder durch derartig überstandene acute oder chronische Erkrankungen oder Verletzungen oder durch Altersgebrechlichkeit mehr oder minder dauernd arbeitsunfähig waren.

Am meisten verbreitet traten diese Bestrebungen in England auf, wo zu einer Zeit (Anfang des 16. Jahrhunderts), als die religiösen, auch in dieser Beziehung wohlthätig wirkenden, Orden in dieser ihrer Thätigkeit nachzulassen angingen, sich die religiösen Gilden bildeten. Leute verschiedenen Standes, lediglich dadurch zusammengeführt, dass sie einen gemeinschaftlichen Schutzheiligen hatten, vereinigten sich zur gegenseitigen Unterstützung nicht nur in Fällen von Krankheit, sondern auch von Unfällen durch Feuer und Wasser, namentlich aber, wie dies für England nahe lag, bei Unfällen zur See.

Man würde also hierin die ersten Anfänge einer freiwilligen gegenseitigen Unfallversicherung zu erblicken haben, wie erwähnt, geschlossen zwischen Leuten verschiedener Stände, die lediglich unter einem gemeinsamen Schutzpatron geeinigt waren.

Durch die Reformation verloren diese Gilden nach und nach ihren

religiösen Charakter und damit auch ihre wohlhabenden Mitglieder, die doch schliesslich weniger zu eigenem Nutz als vielmehr zu Gottes und ihres Schutzheiligen Ehre ihr Scherflein beigetragen hatten. Aus den religiösen Gilden wurde also eine Vereinigung ärmerer Leute (Arbeiter) zur gegenseitigen Unterstützung in Fällen jeglicher Noth, namentlich in den durch Krankheit und Unfall herbeigeführten.

Es entstanden die ersten freien Hilfskassen, die friendly societies und die verschiedenen Clubs.

Wenn also England der Ruhm gebührt, in der Arbeiterversicherung vorangegangen zu sein, so kann man auf der anderen Seite mit Gumprecht sagen, das England über die beschriebene Form der Arbeiterversicherung noch heute nicht hinausgekommen ist.

Wie sich die freien Hilfskassen in allen Staaten weiter entwickelt und allmählig das Interesse der Regierungen erweckt und so auch in Deutschland ein besonderes Hilfskassengesetz hervorgerufen haben, kann hier um so eher eben nur gestreift werden, als College Mugdan den Gegenstand schon im Capitel über Krankenfürsorge in Krankheitsfällen berücksichtigt und dort auch ausgeführt hat, wie in Deutschland aus dem Innungskrankenkassenwesen heraus die Entwicklung der Krankenversicherung vor sich gegangen ist und auch hier zum Entstehen freier Hilfskassen und zu deren staatlicher Controlle und Beeinflussung geführt hat.

Bei allen diesen Einrichtungen handelt es sich aber immer wieder mehr um die Fürsorge für die Kassenmitglieder bei vorübergehender Erkrankung.

Nur wenige Innungen unterstützten ihre Mitglieder auch bei dauernder, irgendwie, so auch durch Unfälle herbeigeführter Erwerbsunfähigkeit, z. B. die Halloren und Kalandsbrüderschaften (Bd. I., S. 35).

Vollständig ausgesprochen war diese allseitige Fürsorge bei den Knappschaftsvereinen. Die für die Unfallverletzten vorgesehenen Bestimmungen gehen hervor aus der Institution Friedrichs des Grossen vom 16. Mai 1767 „zur Errichtung und Führung der Knappschaftskasse für die Bergleute in dem Herzogthum Cleve, Fürstenthum Meurs und Grafschaft Mark“ nach der (Absatz II) „diejenige Ausgabe continue auszusahlen sein möchte, so den wegen Alters oder wegen ständiger Gebrechen unvermögenden Bergleuten“, und später sind ausser Krankheiten „Unfälle der Bergleute“, also Betriebsunfälle, direct erwähnt.

Aus der genannten Instruction erfahren wir auch, woher die Mittel zur Bestreitung der Ausgaben kamen.

Erstens hatte jeder Bergarbeiter bei Uebernahme der Arbeit „zehn Stüber“ Incriptions-Gelder zur Knappschaftskasse zu erlegen, dann wurde ihm „von jedem Reichsthaler Arbeitslohn ein Stüber einbehalten.“

Von den Bergwerken selbst, also von den Arbeitsgebern, gelangten zur Einnahme in die Kasse „bey Metallischen und Mineralischen, die Ausbeute zweyer Kuxsen, von den Kohlenbergwerken aber von jedem Häuer in den gangbaren Schächten ein Fass Kohle.“

Während also bei Bergarbeitern durch diese staatlich beaufsichtigte

und mit reichlichen Mitteln versehenen Knappschaftskassen die Fürsorge auch der Unfallverletzten gesichert war, hatten andere durch Unfallverletzungen dauernd geschädigte Arbeiter nur dann in Preussen nach dem Landrecht civilrechtlichen Anspruch an ihre Arbeitsgeber, wenn den letzteren ein Verschulden nachgewiesen werden konnte.

Wie längst bekannt und erwiesen, ist dieser Nachweis aber ausserordentlich selten möglich, da die Mehrzahl der Unfälle ausser durch unabwendbare Ereignisse (*force majeure*) durch die Unvorsichtigkeit und Fahrlässigkeit der verletzten Arbeiter selbst und ihrer Mitarbeiter herbeigeführt wird, weil sie durch die beständig sie umgebende Gefahr gegen dieselbe abgestumpft werden.

Ferner war auch für den Arbeiter die Beweisführung wegen seiner verhältnissmässigen Mittellosigkeit in materieller und intellectueller Beziehung erschwert und schliesslich machte noch häufig Zahlungsunfähigkeit der verurtheilten Ersatzpflichtigen (Betriebsleiter, Mitarbeiter, auch wohl kleinerer Fabrikanten) das ganze Prozessverfahren praktisch gegenstandslos.

Auch durch das deutsche Reichsgesetz vom 7. Januar 1871, das, vom 23. Januar 1873 auch auf Elsass-Lothringen ausgedehnte, sogenannte Haftpflichtgesetz, wurde in sofern nicht viel geändert als für Unfälle bei dem Betriebe eines Bergwerks, eines Steinbruchs, einer Gräberei (Grube) oder einer Fabrik der Unternehmer nur dann haftet, wenn der Verunglückte ein Verschulden des Unternehmers oder seiner Betriebsbeamten nachweist. Diese schwierige Beweisführung blieb also wieder dem Verletzten auferlegt; nur bei Eisenbahnunfällen hatte der Unternehmer ohne weiteres zu haften, wenn er nicht nachwies, das der Unfall durch höhere Gewalt oder durch eigene Schuld des Getödteten oder Verletzten herbeigeführt war, eine Verpflichtung, die übrigens für die Eisenbahnen schon durch § 25 des Preussischen Eisenbahngesetzes vom 3. November 1838 und die Art. 395, 400, 401 und 421 des deutschen Handelsgesetzbuches festgelegt war.

Immerhin brachte das Haftpflichtgesetz für die Arbeiter gewisser Kategorien doch nicht zu leugnende Vortheile. — Früher war in der Mehrzahl der Fälle ein durch Unfall Verstümmelter der Gnade des Arbeitgebers anheimgegeben, wenn letzterer erstens den guten Willen hatte und zweitens materiell im Stande war, ihm ein Gnadengehalt zu gewähren. Wurde er vom Arbeitgeber ohne dauernde Unterstützung entlassen, so musste er, wenn er gar nicht mehr arbeitsfähig war, seinen Lebensunterhalt erleiern, erbetteln, erhausiren oder er fiel der Gemeinde zur Last.

Als das Haftpflichtgesetz in Kraft trat, versicherten die meisten Arbeitgeber ihre Arbeiter bei Privatunfallversicherungen, und zwar ein Theil nur gegen Haftpflichtfälle, die Mehrzahl aber gegen alle, auch die vom Arbeiter selbst verschuldeten, Unfälle.

Namentlich die letztere Versicherungsart bedeutete für den Arbeiter eine erhebliche Besserung, da er damit der so schwierigen Beweispflicht

des Verschuldens des Unternehmers enthoben war, während bei den Versicherungen, die nur die Haftpflichtfälle berücksichtigten, wie von Woedtke sich zutreffend ausdrückt „das Haftpflichtgesetz geradezu schädlich gewirkt hat.“ Denn viele Versicherungsgesellschaften glaubten im Interesse ihres Geschäftes in jedem Falle den gerichtlichen Austrag abwarten zu sollen. Dadurch waren die Verletzten jedes Mal zur Klage und der Beweisführung gezwungen, die sich jetzt um so schwieriger gestaltete, als die Arbeiter nun einem gewiegten, in dergleichen Angelegenheiten sehr erfahrenen, Gegner gegenüber standen. Sie begnügten sich daher häufig, nur um einem zweifelhaften Prozess zu entgehen, mit einer verhältnissmässig sehr geringen einmaligen Entschädigung.

Das war auch der wunde Punkt bei den Versicherungen, durch welche alle Betriebsunfälle, gleichviel wie sie zu Stande gekommen waren, entschädigt wurden, die einmalige Abfindung für alle Zeiten.

Selbst wenn diese Abfindung wirklich dem augenblicklichen Zustande des Verletzten entsprechend als genügend oder ausreichend anzusehen war und der ganze Arbeitsverdienst des Verletzten der Berechnung zu Grunde gelegt wurde, gelangte doch nur der Zustand im Augenblick der Entschädigung zur Berücksichtigung.

Wie häufig verschlimmerte sich aber nachträglich dieser Zustand derartig, dass dann die ursprünglich genügend erscheinende Entschädigung fast vollkommen unzureichend war! Und wie häufig war sie das schon von vornherein!

Einem verletzten Arbeiter, der womöglich nie mehr auf einmal besitzen hatte, als sein Wochenlohn ausmacht, imponirte eine Summe, bei der es sich um Hunderte, ja manchmal um Tausende handelte, derartig, dass er, vollständig geblendet, den wirklichen Kapitalwerth und die Zinsberechnung ausser Acht liess und schleunigst zugriff. Viele Arbeiter legten noch dazu das Geld ihrer mangelhaften Erfahrung nach oder aus Leichtsinne unvortheilhaft oder unsicher an und standen einige Jahre nach dem Unfall dem Nichts gegenüber.

Es waren hier also wirkliche Nothstände vorhanden, und wenn man sich fragt, weshalb die Erkenntniss der Nothwendigkeit, darin Abhilfe zu schaffen, den Regierungen und im Besonderen der deutschen Reichsregierung nicht schon zu einer früheren Zeit gekommen ist als zu der, in welcher ein besonderes Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Socialdemokratie (21. October 1878) erlassen wurde, so liegt die Erklärung nur darin, dass die Zahl der Unfälle in den meisten Betrieben erst mit der allgemeinen Verwendung der Dampfkraft und maschineller Einrichtungen sich so auffallend vermehrt hat.

So wissen an meinem Wohnort sich die Arbeitgeber der Tuchindustrie, die seit alter Zeit hier in Blüthe stand, nennenswerther Betriebsunfälle aus der Zeit der Handstühle überhaupt nicht zu erinnern. Erst Mitte der 70 er Jahre wurde die Handweberei durch die sogenannten mechanischen, mit Dampfkraft getriebenen, Webstühle endgültig ver-

drängt, nachdem die ersten derartigen Maschinen Anfang der 60er Jahre eingeführt waren.

Mit der Zeit hat aber nicht nur die Zahl dieser Maschinen, sondern auch die Bewegungsgeschwindigkeit und Gefährlichkeit derselben und damit die Zahl der schweren Unfälle ganz erheblich zugenommen. So wird es bei den meisten Industriezweigen sein. Selbst in solchen Betrieben, die schon früher eine hohe Gefahr für die Arbeiter bargen, wie der Bergwerks-, Bau-, Ziegeleibetrieb u. s. w. hat die Mitverwendung rasch sich bewegender Maschinen die Gefahr des Betriebes und damit die Zahl der Betriebsunfälle in der neuesten Zeit unzweifelhaft vermehrt.

B. Das deutsche Unfallversicherungsgesetz.

Dem soeben dargelegten Nothstande unter den durch Unfälle invalide gewordenen Arbeitern zu steuern, ist das deutsche Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 bestimmt nebst den im Anschluss daran erlassenen weiteren Gesetzen, dem sogenannten Ausdehnungsgesetz vom 28. Mai 1885, dem landwirthschaftlichen Unfallgesetz vom 5. Mai 1886, dem Bauunfallgesetz vom 11. Juli 1887 und dem Seeunfallgesetz vom 13. Juli 1887.

Das erste Unfallversicherungsgesetz umfasste die gewerblichen Arbeiter, nachdem für diese durch Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 der Versicherungszwang eingeführt worden war.

Durch das sogenannte Ausdehnungsgesetz wurde mit dem 1. Juli 1886 die Unfallversicherung eingeführt: 1. für den gesammten Betrieb der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen, sowie sämtliche Betriebe der Marine und Heeresverwaltungen einschliesslich der Bauten, welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnungen ausgeführt werden; 2. den Baggereibetrieb; 3. den gewerbmässigen Fuhrwerks- und Binnenschiffahrtbetrieb; 4. den Speditions-, Speicherei- und Kellereibetrieb; 5. den Gewerbetrieb der Güterpacker und ähnlicher Berufe. Durch das Gesetz vom 5. Mai 1886 wurde die Unfall- und Krankenversicherung auf die in land- und forstwirthschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen und durch Gesetz vom 11. Juli 1887 auf die bei Bauten beschäftigten Personen, sowie durch Gesetz vom 13. Juli 1887 auf die Seeleute und andere bei der Seeschiffahrt betheiligte Personen ausgedehnt. Nachdem auch das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889 in Kraft getreten war, wurde, um das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 mit den inzwischen genannten erlassenen Gesetzen in Einklang zu bringen, mit dem 1. Januar 1893 die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 in Kraft gesetzt.

Im Ganzen hatte das deutsche Reich 1894 über 18 Millionen Arbeiter, also weit über ein Drittel seiner Einwohner, gegen Unfälle versichert.

Wie auch immer über die Wirkungen dieses Gesetzes geurtheilt und was auch im Einzelnen an demselben ausgesetzt werden mag, das bleibt unbestritten: Das neue Deutsche Reich unter seinem ersten Kaiser hat auch mit den Unfallgesetzen, die ja nur einen Theil der neueren Arbeitergesetze bilden, einen gewaltigen, segensreichen Schritt zur Verbesserung des Looses der Invaliden der Arbeit gethan und damit einen unvergänglichen Ruhm für alle Zeiten erworben. Das geht unter Anderen nicht nur daraus hervor, dass fast alle Culturstaaten ihm auf diesem Wege gefolgt sind oder im Begriff stehen es zu thun, sondern dass auch in den Staaten, wo wirkliche zwangsweise Unfallversicherungsgesetze bestehen, diese nach dem deutschen Vorbilde geschaffen worden sind.

So besitzt Oesterreich ein Unfallversicherungsgesetz, welches gegenüber dem deutschen nur geringe Unterschiede aufweist. Ebenso hat Norwegen eine staatliche Unfallversicherung, Dänemark, Schweden und Holland stehen im Begriff solche einzuführen, theilweise in beschränktem Maasse d. h. nur für eine bestimmte Reihe von Industrien.

In Italien wird gleichfalls ein Unfallgesetz eingeführt werden, ebenso in der Schweiz, welche überdies schon sehr weitgehende Haftpflichtgesetze hat.

Auch Frankreich hat ein Haftpflichtgesetz am 26. März v. J. im Senat verabschiedet, welches nach einem Urtheile der deutschen Tagespresse in Auffassung und Umfang zwar weit hinter dem deutschen Unfallgesetze zurücksteht, das englische Gesetz aber an Entschiedenheit und logischer Verfolgung seiner Zwecke weit überholt.

Es wird ein sicheres Urtheil über alle diese Gesetze erst nach längerem Bestehen derselben, wie beim österreichischen Unfallgesetze, zu geben sein. Vergleiche des letzteren mit dem deutschen werden sich gelegentlich noch aufdrängen.

II. Die durch das deutsche Unfallversicherungsgesetz geschaffene neue Sachlage (Berufsgenossenschaften).

Bevor wir in eine Einzelerörterung des deutschen Unfallgesetzes eintreten, werfen wir kurz die Frage auf: „Welche Veränderung ist für die Arbeiter gegenüber dem früheren Zustande durch dasselbe herbeigeführt worden?“

Sie besteht bezüglich der Unfallversicherung allein in der Zwangsversicherung aller eigentlichen Lohnarbeiter (ausschliesslich der Hausdienstboten), wie diese Zwangsversicherung auch im Krankenkassengesetz für die gewerblichen Arbeiter besteht, während die ländlichen Arbeiter und die dem landwirthschaftlichen Unfallgesetz mit unterworfenen kleinen Besitzer dem Krankenversicherungszwang nicht durchweg unterworfen sind.

Die zweite und gewaltigste Aenderung gegen die früheren Zustände bringt das deutsche Unfallversicherungsgesetz dadurch, dass es aus dem

lediglich civilrechtlich zu erreichenden Schadenersatz ein öffentliches Recht gemacht hat.

Drittens wird der Schadenersatz in allen Unfällen, nicht nur in den früheren Haftpflichtfällen geleistet. Es heben sogar grobe Verschuldungen des Verletzten oder Getödteten seinen oder seiner Verbliebenen Entschädigungsanspruch nicht auf; nur dann kann dieser nicht erhoben werden, wenn der Verletzte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Auch Schuld dritter Personen, der Mitarbeiter, schliesst das Recht auf Entschädigung nicht aus. Unter Umständen kann die Berufsgenossenschaft solche dritte Personen regresspflichtig machen. Nur wenn absichtliche Verletzungen durch andere Personen herbeigeführt werden, die mit dem Betriebe nichts zu thun haben, wird ein Betriebsunfall ausgeschlossen. Es sind, um es hier gleich noch anzuführen, nur ausgeschlossen die Gefahren des gemeinen Lebens, wenn dieselben nicht durch die Art und den Ort des Betriebes, in welchen der Unfall stattfand, besonders erhöht waren. Es kann daher Verletzung oder Tödtung durch Blitzschlag oder Hitzschlag in dem einen Falle keinen Betriebsunfall darstellen, in einem anderen als solcher gelten, wenn z. B. die Blitzgefahr bei der betreffenden Beschäftigung (unter einem einzeln stehenden Baum) erhöht war. Dies beiläufig! Viertens ist die Beweisführung für den Arbeiter gegen früher erheblich erleichtert, nicht nur selbstverständlich darin, dass es nun eines Beweises darüber, dass der Unfall durch Schuld des Betriebsunternehmers oder seiner Beamten herbeigeführt sei, überhaupt nicht mehr bedarf, sondern auch darin, dass der Nachweis eines Zusammenhanges der Erkrankung oder des Todes mit dem Unfall dem Arbeiter jetzt ausserordentlich erleichtert ist. Eigentlich hat der Verletzte oder dessen Rechtsnachfolger dem Gesetz nach diesen Beweis zu führen, aber entsprechend dem humanen Grundgedanken des ganzen Gesetzes wird dies praktisch so gehandhabt, dass häufig umgekehrt der Berufsgenossenschaft die Verpflichtung auferlegt wird, den Gegenbeweis zu liefern, so dass z. B. bei Todesfällen da, wo die Berufsgenossenschaft die Section zu machen unterlässt, sie sich zu ihrem Nachtheil eines Hauptbeweismittels gegen den von den Erblässern behaupteten Zusammenhang zwischen Unfall und Tod begiebt. Nur bei einzelnen Gebieten, auf denen viel Missbrauch in der Behauptung gewaltsamer (Unfalls-) Entstehung von Leiden getrieben worden ist, z. B. in der Frage der gewaltsamen Entstehung von Eingeweidebrüchen durch Unfälle, ist die Beweispflicht dem Verletzten in besonderer Strenge auferlegt geblieben, und sind in dieser Beziehung die Berufsgenossenschaften entlastet worden.

Was die Bildung der Berufsgenossenschaften anlangt, so sind dies Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit, zu welchen sich die zur Tragung der Kosten aller aus dem Unfallversicherungsgesetz erwachsenden Lasten verpflichteten Betriebsunternehmer eines Industriezweiges oder mehrerer verwandter Industriezweige, nach Maassgabe gleicher wirthschaftlicher Interessen, im Uebrigen nach freier Wahl, für begrenzte Wirthschaftsgebiete oder für den Umfang des ganzen

Reiches zusammenschliessen können, beziehungsweise sich beim Inkrafttreten des Gesetzes zusammengeschlossen haben. Bekanntlich gingen dem zum endgiltigen Gesetz erhobenen Entwurf zum Unfallversicherungsgesetz schon zwei Vorlagen voraus. Die erste, vom 8. März 1881, wollte, unter Beibehaltung der alten Bestimmungen über Eisenbahnunfälle, für andere Betriebe die Unternehmer zu einer Kollektivversicherung ihrer Arbeiter bei einer Reichsversicherungsanstalt gegen Unfälle nöthigen; die Kosten der Versicherung sollten im Wesentlichen die Unternehmer unter Mitheranziehung der versicherten Arbeiter und mit einem Zuschuss von Reichsmitteln tragen.

Schon in diesem Entwurf waren aber auch genossenschaftliche Versicherungen facultativ zugelassen. Die verbündeten Regierungen versagten der vom Reichstag veränderten Vorlage ihre Zustimmung, weil der Reichszuschuss verworfen und statt der Reichsversicherungsanstalt Landesversicherungsanstalten vorgesehen waren. Kaiser Wilhelm I. hat in zweien, die Gegenzeichnung seines eisernen Kanzlers tragenden Botschaften, am 17. November 1881 und, nachdem der Reichstag durch eine Commission nur den vorgelegten Entwurf eines Krankenversicherungsgesetzes, nicht aber den des neu vorgelegten Entwurfes des Unfallversicherungsgesetzes fertig gestellt hatte — am 14. April 1883 in ewig denkwürdigen Worten auf die endgiltige Regelung des Unfallversicherungswesen hingewiesen, ja hingedrängt. Es seien nur die Schlussworte der letztgenannten Botschaft erwähnt: „Unsere Kaiserlichen Pflichten gebieten uns aber, kein in unserer Macht stehendes Mittel zu versäumen, um die Besserung der Lage der Arbeiter und den Frieden der Berufsklassen unter einander zu fördern, so lange Gott uns Kraft giebt zu wirken. Darum wollen wir dem Reichstage durch diese unsere Botschaft von Neuem und unvertrauensvoller Anrufung seines bewährten treuen Sinnes für Kaiser und Reich die baldige Erledigung der hierin bezeichneten wichtigen Vorlage dringend an's Herz legen.“

Es kam jedoch der ganze zweite Entwurf bezgl. der Unfälle vom 8. Mai 1882 nur insofern zur Wirkung, als durch das angenommene Krankenversicherungsgesetz die gewerblichen Arbeiter für die ersten 13 Wochen sowohl in Krankheits-, als auch in Verletzungsfällen versorgt waren. Es wurde daher ein dritter Entwurf vorgelegt, der den in dem Gesetzentwurf noch vorgesehenen Reichszuschuss fallen liess, und die Grundlage des am 1. October 1885 in Kraft getretenen Unfallversicherungsgesetzes gebildet hat, nach welchem die aus diesem Gesetz erwachsenen Kosten fast ausschliesslich den Berufsgenossenschaften auferlegt werden, und das Reich, bezw. die Einzelstaaten nur die Kosten der obersten Verwaltungs-, Gerichts- und Aufsichtsbehörde, des Reichsversicherungsamtes, bezw. der für gewisse Berufsgenossenschaften in letzter Instanz zuständigen Landesversicherungsanstalten, tragen.

Eine werthvolle Unterlage für die Berathungen bildete eine von den

Betriebsunternehmern auf Ansuchen des Reichskanzler aufgenommen, die vier Monate August bis November 1881 umfassende, Statistik der in ihren Betrieben vorgekommenen Unfälle.

Wie wir schon erwähnten, ist das erste Unfallversicherungsgesetz im organischen Zusammenhange mit dem Krankenversicherungsgesetz entstanden und setzt demnach voraus, dass die Fürsorge auch für den Unfallverletzten in den ersten 13 Wochen den Krankenkassen obliegt, dass also innerhalb der ersten 13 Wochen das Eintreten der Berufsgenossenschaften, die, wie bereits angedeutet, von da ab die Kosten der Unfallversicherung allein zu tragen haben, entbehrlich ist, dass mit einem Worte die Wirkungen des Unfallversicherungsgesetzes erst nach einer sogenannten Carrenzzeit von 13 Wochen einzutreten haben.

Da nun aber durch das sogenannte Ausdehnungsgesetz, ferner durch das Bau-Unfallversicherungsgesetz und das landwirthschaftliche Unfallversicherungsgesetz viel mehr Arbeiter gegen Unfälle versichert sind, als dem Krankenversicherungszwang unterliegen, so äussert sich die Wirkung der Unfallversicherungsgesetze sehr verschieden, je nachdem die Unfallversicherten in den ersten 13 Wochen die Fürsorge einer Krankenkasse geniessen, es sind dies rund 7 Millionen, oder ob sie, wie die übrigen 11 Millionen der Unfallversicherten, dieser Fürsorge in den ersten 13 Wochen entbehren müssen, weil sie eben keiner Krankenkasse angehören.

III. Einzelbesprechung des Unfallgesetzes.

A. Die verschiedenen Klassen der Versicherten innerhalb der 13wöchentlichen Carrenzzeit.

Durch die verschiedenen Unfallgesetze sind 3 Kategorien von Unfallversicherten geschaffen, deren Fürsorge innerhalb der ersten 13 Wochen verschiedenartig, beziehungsweise ganz ausfällt.

Zur ersten Kategorie gehören die dem Krankenversicherungszwange unterliegenden Arbeiter (fast [ausschliesslich gewerbliche), die entweder thatsächlich der Krankenkasse angehören oder nur deshalb von dem wirklichen Beitritt zur Kasse entbunden sind, weil sich der Betriebsunternehmer zu den gleichen Leistungen, wie die Arbeiter sie nach § 6 des Krankenversicherungsgesetzes beanspruchen dürfen, verpflichtet hat. Die Unfallverletzten, bei welchen diese Voraussetzungen zutreffen, haben nicht nur Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel und auf das allen anderen Krankenkassenmitgliedern zustehende Krankengeld, sondern auch von der 5. Woche nach Eintritt des Unfalles an event. (meist) auf Kosten des Betriebsunternehmers statt auf das Minimalkrankengeld von 50 pCt. des Tagelohnes auf ein auf $66\frac{2}{3}$ pCt. erhöhtes Krankengeld.

Zur zweiten Klasse gehören 1. die Bauarbeiter, welche bei Regiebauten von Privatpersonen beschäftigt sind, soweit diese Bauten

nicht Theile eines versicherungspflichtigen Hauptbetriebes sind. 2. die ländlichen Arbeiter, soweit dieselben nicht auf Grund landesgesetzlicher Bestimmungen anderweitige Ansprüche haben oder einer Krankenkasse (Gemeindekrankenversicherung) angehören. Diese beiden, Bau- und ländliche Arbeiter, erhalten kein Krankengeld, sondern nur freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel, oder einen entsprechenden Ersatz, und zwar von der Gemeinde, in deren Bezirk der verletzte Arbeiter versichert war. Auch dann, wenn etwa näher Verpflichtete diese Leistungen nicht gewährt haben, hat die Gemeinde sie mit Vorbehalt des Ersatzanspruches zu übernehmen.

Als Ersatz der Kosten des Heilverfahrens gilt die Hälfte des nach dem Krankenversicherungsgesetze zu gewährenden Mindestbetrages, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden. Zu den betreffenden Leistungen ist die Gemeinde nicht verpflichtet, wenn und so lange der Verletzte sich im Auslande befindet; ein Ausländer dagegen, der sich im Inlande aufhält, kann freie ärztliche Behandlung in der inländischen Gemeinde verlangen.

Gleiche Leistungen wie die obenerwähnten beiden Arbeiterkategorien, d. h. freie ärztliche Behandlung ohne Krankengeld, haben die ländlichen Arbeiter zu beanspruchen, welche freiwillig Mitglieder von Gemeindekrankenversicherungen geworden sind, nur dass hier die Leistungen die betreffende Krankenkasse und nicht die Gemeinde als solche übernimmt.

Zur dritten Klasse gehören die kleinen ländlichen Besitzer und höher besoldeten Betriebsbeamten, welche in keiner Krankenkasse sind. Sie sind innerhalb der ersten 13 Wochen auf sich selbst angewiesen.

B. Die Fürsorge für die Unfallverletzten nach Ablauf der Carenzzeit.

a) bei Körperverletzungen.

Die Fürsorge für Unfallverletzte nach Ablauf der 13wöchentlichen Carenzzeit fällt lediglich den Berufsgenossenschaften anheim und zwar ist bei allen unfallversicherten Arbeitern der Schadenersatz bei Körperverletzungen der gleiche, nur bezüglich der Höhe der etwa zu gewährenden Rente verschieden, da dieser der Arbeitslohn zu Grunde gelegt wird, worüber noch später eine kurze Bemerkung eingeflochten werden soll.

Unter Körperverletzung ist jede, auch psychische, Einwirkung auf den Körper eines Menschen zu verstehen, durch welche derselbe eine Störung des körperlichen Wohlbefindens erleidet.

Der Schadenersatz soll nun im Falle der Verletzung bestehen:

1. in den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls entstehen;

2. in einer dem Verletzten von Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente.

Die Rente beträgt:

α) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben $66\frac{2}{3}$ pCt. des Arbeitsverdienstes (in Oesterreich 60 pCt.).

β) im Falle theilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben einen Bruchtheil der Rente unter β, welcher nach dem Maasse der verbliebenen Erwerbsfähigkeit zu bemessen ist.

Ein Ausländer, welcher verunglückt, erhält selbst dann auch Rente, wenn er nicht im Reichsgebiet wohnt, darf aber abgefunden werden. Ueber die Höhe der Abfindungssumme ist nur im Bauunfallgesetz eine bestimmte Vorschrift enthalten, insofern sie hier auf den dreifachen Betrag der Jahresrente festgesetzt ist, während bei anderen Berufsgenossenschaften über die Höhe der Abfindungssumme event. schiedsgerichtliches Verfahren stattfindet. Bei den im Baugewerbe und bei Regiebauten beschäftigten versicherten Personen hat ausserdem die Genossenschaft das Recht, die Zahlung der Entschädigung einzustellen, so lange der Berechtigte nicht im Inlande wohnt, gleichviel ob es sich um Inländer, Ausländer oder Hinterbliebene von Ausländern handelt.

α. Heilverfahren.

Statt der Kosten des Heilverfahrens und der Rente kann (braucht aber nicht) freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden:

1. für Verunglückte, welche verheirathet sind oder bei einem Mitgliede ihrer Familie wohnen, mit ihrer Zustimmung oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann.
2. für sonstige Verunglückte in allen Fällen.

Ehefrauen, Kinder und Ascendenten des im Krankenhause Untergebrachten, letztere, wenn dieser ihr einziger Ernährer war, erhalten für die Zeit der Verpflegung des Verunglückten in dem Krankenhause dieselbe Rente (sogenannte Abwesenheitsrente oder Angehörigenrente), auf die sie im Falle des Todes des Verletzten einen Anspruch haben würden (vgl. Hinterbliebenenrente).

Während aber auf die Hinterbliebenenrente Frau und Kinder keinen Anspruch haben, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen wurde, erhalten diese die Angehörigenrente während des Krankenhausaufenthaltes des Mannes bzw. Vaters auch in diesem Falle.

Die Anordnungen bezüglich der Art des Heilverfahrens, namentlich das Recht zu wählen, ob an Stelle freier ärztlicher Behandlung und Rente freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause stattzufinden hat, steht nur der Berufsgenossenschaft zu und ein entsprechender Bescheid verpflichtet den Verletzten hierzu (in Oesterreich nicht).

Weigerung in ein Krankenhaus oder ein medico-mechanisches Institut zu gehen, unerlaubtes Verlassen desselben, Weigerung, sich von einem bestimmten Arzt unter-

suchen zu lassen, sich einem für nöthig befundenen Heilverfahren zu unterziehen und Aehnliches, erlauben der Berufsgenossenschaft, entweder die Rentenzahlung, so lange die Weigerung besteht, ganz einzustellen, oder den für den Verletzten ungünstigsten Schluss zu ziehen, also die Rente so weit herabzusetzen, als dies nach vernünftigen Erwägungen bei geeignetem Heilverfahren voraussichtlich zulässig gewesen wäre.

Zeitweilige Entlassung eines Verletzten aus dem Krankenhause ist gerechtfertigt, kann also vom Verletzten verlangt werden zur Zeit der Entbindung der Ehefrau, besonders wenn hilfsbedürftige Kinder vorhanden sind, ausser wenn für das eigene Leiden deswegen schwere Unzuträglichkeiten herbeigeführt würden, oder die Anwesenheit zu Hause wegen des eigenen Zustandes ohnehin nicht von besonderem Nutzen wäre.

Zu Verweigerungen grösserer Operationen oder einer allgemeinen Betäubung (Chloroform, Aether u. s. w.) auch nur zu Untersuchungszwecken ist der Verletzte berechtigt, während Verweigerung kleinerer, vielleicht nur mit Erzeugung örtlicher Unempfindlichkeit vorzunehmender, verhältnissmässig gefahrloser operativer oder mechanischer Eingriffe dagegen wieder, je nach Lage des einzelnen Falles, die Berufsgenossenschaft zu den für den Verletzten ungünstigsten Schlüssen berechtigt.

Zu den Kosten des Heilverfahrens gehört an sich nicht die Beschaffung künstlicher Glieder. Die Berufsgenossenschaften werden sich indess zu derselben stets entschliessen, wenn sie zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit dienen.

β. Rente im Falle von Körperverletzungen.

Bei der Rentenabmessung besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen gewerblichen und ländlichen Arbeitern, insofern der Rentenberechnung bei gewerblichen Arbeitern der Individualverdienst, bei ländlichen aber ein Durchschnittsverdienst zu Grunde gelegt wird.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften wird die Rente auf Grund des vom Verletzten oder einem gleichwerthigen Arbeiter wirklich verdienten Lohnes zu Grunde gelegt und beträgt, wie erwähnt, bei völliger Erwerbsunfähigkeit zwei Drittel des Lohnes, gewöhnlich unter der Annahme von 300 Arbeitstagen.

Eine Aenderung findet nur dann statt, wenn der durchschnittliche Tageslohn 4 Mark übersteigt, insofern dann der Ueberschuss nur mit einem Drittheil berechnet wird, oder wenn der wirklich verdiente Tageslohn den von der Aufsichtsbehörde festgestellten Durchschnittslohn eines gewöhnlichen Tagearbeiters nicht erreicht, in diesem Falle auf diesen erhöht werden muss.

Es ist daher durchaus nicht unlogisch, wenn ein gewerblicher Unfall-Verletzter infolge wiederholter Unfälle über 100 pCt. Rente bekommt. Denn die vor dem ersten Unfall oder jedem neuen vorhandene Erwerbsverminderung fand ja schon ihren Ausdruck in dem geringeren wirklich verdienten Lohn, die namentlich bei Accordarbeitern sich bemerkbar machen wird, während beim Tagelohn vom Unternehmer aus humanen Gründen öfters ein Abzug unterlassen wird.

Anders liegt die Sache bei ländlichen Arbeitern. Hier wird mit Recht stets der ortsübliche Tagelohn zu Grunde gelegt, da oft der

wirkliche Tagesverdienst bei kleinen ländlichen Besitzern, deren Frau und Kinder mit erwerben helfen, gar nicht zu berechnen ist.

Dann darf aber auch ein vor dem Unfall schon vorhandener Grad der Erwerbsverminderung bei der Rentenabmessung in Abrechnung gebracht werden, wenn dem Verletzten zahlenmässig nachgewiesen werden kann, dass er thatsächlich durch seine Leistungen vor dem Unfall den durchschnittlichen Tagelohn nicht mehr erreicht hat. Die Rentenhöhe der Betriebsbeamten regelt sich bei einem Gehalt bis zu 2000 Mark in allen Fällen nach dem Grundsatz, dass ein 4 Mark übersteigender Tagesverdienst bezüglich des Ueberschusses nur zu $\frac{1}{3}$ in Anrechnung kommt. Für höher besoldete zur Unfallversicherung zugelassene Betriebsbeamte oder Unternehmer gilt dasselbe; im Uebrigen bestehen für diese noch besondere statutarische Bestimmungen, die jede Genossenschaft für sich festsetzt. Die Rentenhöhe darf nur geändert werden, wenn in dem Zustande des Verletzten gegenüber demjenigen, welcher der vorigen Rentenfestsetzung zu Grunde gelegt war, wesentliche Veränderungen eingetreten sind.

Diese Veränderungen hat eigentlich der Verletzte nachzuweisen, doch überzeugen sich die Berufsgenossenschaften gewöhnlich durch periodische Nachuntersuchungen selbst vom Stand der Sache. Wenn sich die Rentenempfänger dieser Controle dauernd oder wiederholt entziehen, dürfen die Berufsgenossenschaften den für den Rentenempfänger ungünstigsten Schluss ziehen.

Die Rente ist nicht verpfändbar.

γ. Anderwärtige Rechte sowie Pflichten der versicherten Arbeiter.

Die Arbeiter sind verpflichtet ihre Rentenansprüche bei Vermeidung der Verjährung spätestens innerhalb von 2 Jahren anzumelden.

Wenn darüber Unsicherheit herrscht, bei welcher Berufsgenossenschaft dies zu geschehen hat, so haben sie ihren Anspruch bei der zuständigen niederen Verwaltungsbehörde anzuzeigen (Polizei, Ortsbehörde, Landrathsamt, Magistrat) und steht ihnen gegen deren Entscheidung das Recht der Berufung an das Reichsversicherungsamt zu, während sie etwaige Berufungen über Rentenablehnung oder Rentenbemessung seitens der Berufsgenossenschaft an das zuständige Schiedsgericht zu richten haben.

Gegen dessen Entscheidung steht den Unfallverletzten der Rekurs an das Reichsversicherungsamt oder die in dieser Beziehung dasselbe unter gewissen Voraussetzungen ersetzenden Landesversicherungsämter zu.

In dem Schiedsgericht haben die Arbeiter ebensoviel Beisitzer und Stellvertreter wie die Arbeitgeber und Berufsgenossenschaften, nämlich je 2, während den Vorsitz ein vom Staat ernannter öffentlicher Beamter führt.

Auch in dem Reichsversicherungsamt bezw. den Landesversicherungsämtern haben die Arbeitnehmer ebensoviel Vertreter (je 2) wie die Arbeitgeber zu entsenden.

Ferner haben die Arbeiter das Recht Vertreter zu den Unfalluntersuchungen zu stellen ebenso wie an der Berathung und Beschliessung über die Unfallverhütungsvorschriften durch Vertreter Theil zu nehmen.

b) Der Schadenersatz bei Todesfällen Unfallverletzter.

Bei Todesfällen Unfallverletzter tritt die Schadenersatzpflicht der Berufsgenossenschaften sofort ein und besteht

1. in einem Schadenersatz für die Beerdigungskosten, der das zwanzigfache des für den Arbeitstag ermittelten Verdienstes, jedoch mindestens 30 Mark beträgt.
2. in einer den Hinterbliebenen des Getödteten vom Todestage an zu gewährenden Rente.

Diese beträgt:

- a) für die Wittve des Getödteten bis zu deren Tode oder Wiederverheirathung 20 pCt., für jedes hinterbliebene vaterlose Kind bis zu dessen zurückgelegten fünfzehnten Lebensjahre 15 pCt. und, wenn das Kind auch mutterlos ist oder wird, 20 pCt. des Arbeitsverdienstes. Die Renten der Wittwen und der Kinder dürfen zusammen 60 pCt. des Arbeitsverdienstes nicht übersteigen; ergiebt sich ein höherer Betrag, so werden die einzelnen Renten in gleichem Verhältnisse gekürzt.

Im Falle der Wiederverheirathung erhält die Wittve den dreifachen Betrag ihrer Jahresrente als Abfindung. Der Anspruch der Wittve ist ausgeschlossen, wenn die Ehe erst nach dem Unfall geschlossen worden ist;

- b) für Ascendenten des Verstorbenen, wenn dieser ihr einziger Ernährer war, für die Zeit bis zu ihrem Tode oder bis zum Wegfall der Bedürftigkeit 20 pCt. des Arbeitsverdienstes.

Die Hinterbliebenen eines Ausländers, welche zur Zeit des Unfalles nicht im Inlande wohnten, haben keinen Anspruch auf die Rente; verlassen sie aber nach dem Unfall erst das Inland, so bleibt ihr Anspruch unberührt.

Nur bei den im Baugewerbe und bei Regierungsbauten beschäftigten Arbeitern kann die Zahlung der Rente an die Hinterbliebenen eingestellt werden, wenn dieselben nicht im Inlande wohnen.

Uneheliche Kinder eines getödteten männlichen Arbeiters haben keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente, wohl aber uneheliche Kinder getödteter Arbeiterinnen.

C. Verhältniss der Berufsgenossenschaften und Unfallsgerichte zu Arbeitgebern und Arbeitnehmern und Behörden.

Die Arbeitnehmer haben den Berufsgenossenschaften gegenüber die Verpflichtung der Anmeldung der Betriebe und der Aenderung in diesen, sowie die Verpflichtung der Anmeldung aller Betriebsunfälle binnen dreier Tage.

Ausserdem haben sie den von den Genossenschaften erlassenen Unfallverhütungsvorschriften, vorausgesetzt, dass diese die Genehmigung

des Reichsversicherungsamtes erlangten, Folge zu leisten, auch zu dulden, dass Vertreter der Genossenschaften die Innehaltung der Unfallverhütungsvorschriften bei den Betrieben überwachen. Die Berufsgenossenschaften sowie die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt haben das Recht, zur Aufklärung von Unfällen und anderweitigen bei der Rentenfestsetzung wichtigen Verhältnissen Auskunft von den Behörden zu erbitten, die ihnen gebühren- und stempelfrei gewährt werden muss.

D. Die durch Ausführung der Unfallgesetzgebung entstehenden Kosten.

Die Kosten, welche die Ausführung des Unfallgesetzes erfordert, tragen fast ausschliesslich die Berufsgenossenschaften und werden die Beiträge, welche die einzelnen Betriebsunternehmer zu leisten haben, jährlich festgestellt, also die Kosten durch Umlageverfahren gedeckt.

Die Renten und Kosten des Heilverfahrens werden von der Reichspost ein Jahr lang zinsfrei vorgeschossen und kostenlos ausgezahlt. Neben diesem indirecten Zuschuss trägt das Reich die Kosten für das Reichsversicherungsamt, bezw. die einzelnen Staaten die für die Landesversicherungsämter.

Da während der ersten Jahre die Belastung der Betriebsunternehmer eine verhältnissmässig geringe ist und nur allmähig mit der Zahl der dauernden Rentenempfänger wächst, ist für die ersten Jahre ein höherer Beitrag vorgesehen, als er eigentlich den gehabten Ausgaben entspricht. — Das vereinnahmte Mehr wird zur Ansammlung eines Reservefonds bestimmt, dessen Zinsen nach elf Jahren dem Reservefond so lange zugeschlagen werden, bis dieser den doppelten Jahresbedarf erreicht hat. Dann können die Zinsen erst zur Erleichterung der Jahresausgaben verwendet werden. Ausnahmen kann das Reichsversicherungsamt gestatten.

Die Arbeitgeber tragen nur zum Theil indirect zu den Kosten bei, welche die Ausführung des Unfallgesetzes verursacht, nämlich insofern als die dem Krankenversicherungszwang unterworfenen oder freiwillig sich unterziehenden Arbeiter zu den Kosten der Krankenkasse beisteuern müssen, die ja ihrerseits wieder für die ersten 13 Wochen bei Unfällen eintritt. Hierdurch haben nach v. Woedtke die Arbeiter kaum 11 pCt. der gesammten, durch Betriebsunfälle hervorgerufenen finanziellen Belastung zu tragen.

Eine etwas höhere Belastung dürfte bei den kleinen ländlichen gegen Unfälle versicherten Besitzern herauskommen, insofern sie in keiner Krankenkasse sind, also die ersten 13 Wochen nichts von der Unfallversicherung haben. Da die landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften aber grösstentheils ihr Umlageverfahren so geregelt haben, dass sie einen Zuschlag zur Grundsteuer erheben und andererseits die Grundsteuer nur bis 50 Pfg. abwärts erhoben wird, so tragen diese wirth-

schaftlich schwachen, kleinen Grundbesitzer zu den Kosten der Unfallversicherung gar nichts bei, geniessen ihre Vortheile aber auch freilich erst von der 14. Woche ab.

IV. Besprechung der gegen das Unfallversicherungsgesetz in seiner jetzigen Gestalt erhobenen Einwände.

Die hervorragende Bedeutung des Unfallversicherungsgesetzes im günstigen Sinne ist schon S. 23 hervorgehoben worden.

Es ist nothwendig auch mit einigen Worten der Klagen zu gedenken, welche über die Unzulänglichkeit desselben laut geworden sind. Sie erstrecken sich im Grossen und Ganzen auf drei Punkte. Einmal wird aus der Mitte der Arbeiter hervorgehoben, dass die Entschädigung bei wirklicher Noth zu gering sei, da nur $\frac{2}{3}$ des Arbeitsverdienstes als höchste Entschädigung gewährt werden, während z. B. die höchste Staatspension drei Viertel des Gehalts betrage. Ueber die Berechtigung dieser Bemängelung zu urtheilen steht dem Arzte als solchem kein Recht zu, nur soll hier darauf hingewiesen werden, dass kein Staat, der Unfall- oder Haftpflichtgesetz hat, den vollen früheren Arbeitsverdienst entschädigt. Andreerseits muss zugegeben werden, dass bei der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft, bei welcher der von den Behörden festgesetzte Durchschnittstageslohn der Rentenberechnung zu Grunde gelegt wird, im Allgemeinen recht geringe Summen, manchmal als Vollrente nur 200 Mark, herauskommen. Das beträgt bei 10 pCt. Rente monatlich M. 1,50. Ob das noch als eine nennenswerthe Unterstützung aufgefasst werden kann, mag dahingestellt bleiben, ebenso ob es sich bei einer derartigen Geringfügigkeit der Entschädigung lohnt, hier und da den ganzen Apparat der Entschädigungsfeststellung, des schiedsgerichtlichen Verfahrens und des Rekurses vor den Landversicherungsämtern oder dem Reichsversicherungsamt in Bewegung zu setzen und so Kosten zu verursachen, die häufig genug das Vielfache einer Jahresrente ausmachen.

In dem leider nicht zur Berathung gelangten Entwurf einer Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes vom Jahre 1897 war vorgesehen: bei derartig kleinen wirthschaftlichen Schädigungen eine einmalige Abfindungssumme zu zahlen.

Schade, dass dieser Gedanke mit dem ganzen Entwurf nicht zur Ausführung gelangt ist!

Jedenfalls muss vom ärztlichen Standpunkt aus betont werden, dass das Herabgehen der Vollrente unter den ermittelten Arbeitsverdienst kein geeignetes Mittel gewesen ist — falls die Gesetzgeber ein solches darin erblickt haben — die Rentenbegehrlichkeit und daraus hervorgehende Uebertreibungssucht der Unfallverletzten einzuschränken. Damit haben wir die zweite, hauptsächlich von den Unternehmern ausgesprochene Klage berührt, die der Uebertreibung und Simulation der Unfallverletzten.

Ich glaube, diese Klagen sind selbst etwas übertrieben und insofern zwecklos, als dieselben nicht ganz abzustellen sind.

Die eigentliche Simulation ist, darüber herrscht unter erfahrenen Aerzten Einigkeit, überaus selten, ebenso selten, wie die Uebertreibungs-sucht häufig ist.

Das ist eine allgemeine menschliche Schwäche, die keineswegs dem Arbeiter allein anhaftet. Mir sind wenigstens die Arbeiter in dieser Beziehung weit lieber als die viel zäheren, raffinirten Mitglieder der besseren Stände, welche sich in Privatunfallversicherungen befinden. Niemand, weder der arme Arbeiter, noch der vermögende Kaufmann, will der Berufsgenossenschaft oder der Versicherungsgesellschaft etwas von den Leistungen erlassen, die ihm nach seiner Meinung gebühren.

Die meisten Versicherten suchen vielmehr ihre Versicherungsgesellschaft zu möglichst hohen Leistungen heranzuziehen und dieser ihre Leiden möglichst lebhaft und übertrieben zu schildern.

Auswüchsen in dieser Beziehung, die ja leider nicht gezeugnet werden können, ist nur dauernd wirksam zu begegnen durch die peinlichste Gerechtigkeit und das wohl erwogene gleichartige Urtheil, vor allen der ärztlichen, dann aber auch der in den Berufsgenossenschaftsvorständen gegebenen technischen Sachverständigen und der Unfallgerichte. Meiner in meinem Handbuch der Unfallkrankungen des Näheren ausgeführten Ansicht nach liegt der Schwerpunkt in dem gleichmässigen streng sachlichen und gerechten Urtheil der zur Begutachtung der Unfallverletzten berufenen Aerzte, denen daher das Studium der Unfallkrankungen eindringlichst ans Herz gelegt werden muss.

Das dritte, nicht nur vermeintliche, sondern wirkliche, meiner Ansicht nach sogar einzige wirkliche Uebel an unserer Unfallgesetzgebung ist die 13 wöchentliche Carenzzeit.

In den ersten Entwürfen war nur eine vierwöchentliche vorgesehen und Oesterreich z. B. hat auch nur diese Carenzfrist.

Dass eine Carenzzeit bei Unfallversicherten, welche sich in keiner Krankenkasse befinden, etwas Unbegreifliches ist, dürfte wohl Niemand bestreiten. Eine Privatunfall-Versicherungsgesellschaft, die erst nach 13 Wochen dem Versicherten Schadenersatz leisten wollte, würde wohl überhaupt keinen Zuspruch haben, sondern sich nur dem Fluch der Lächerlichkeit aussetzen.

Und elf Millionen der Unfallversicherten sind dem Krankenversicherungszwange nicht unterworfen. Wenn nun wirklich auch noch ein Theil dieser elf Millionen sich in Gemeinde-Krankenversicherungen befindet oder gleichwerthige — wie wir gesehen haben geringere als von den gewerblichen Krankenkassen geleistete — Unterstützungen von den Gemeinden selbst erhält (ländliche Arbeiter), so bleibt doch ein grosser Theil Unfallversicherter, besonders die kleinen ländlichen Besitzer, übrig, um die sich in den ersten 13 Wochen Niemand kümmert.

Aber gerade in diesen ersten schweren 13 Wochen, in denen der Verletzte mit seinen gebrochenen und verletzten Gliedern doch nichts in der Wirthschaft leisten konnte, wäre er gern in ein Krankenhaus, in eine Klinik u. s. w. gegangen.

Jetzt, nachdem er sich durch diese schwerste Zeit selbst durchgequält hat und mit den verheilten, wenn auch versteiften Gliedern, so weit ist, dass er doch etwas wieder in seiner Wirthschaft leisten kann, da wird er seiner Thätigkeit entrissen und oft weit weg von den Seinen in ein Krankenhaus, ein medico-mechanisches Institut u. s. w. gebracht; in einem Augenblick, wo er durch die erhoffte Rente, die in den ersten Wochen durch das Heilverfahren ihm erwachsenen, ihn häufig noch als Schulden belastenden Kosten allmählig zu decken gedenkt, da schafft man ihn in ein solches Institut, welches er nicht als ein Heilinstitut, sondern als eine Rentenquetsche ansieht.

„Als es mir schlecht ging, da habt ihr mir nicht geholfen, jetzt wollt ihr meine steifen Gelenke nicht aus Menschenliebe bessern und beweglich machen, sondern nur um Rente zu sparen.“

Wer will es diesen meist beschränkten Leuten verdenken, wenn sie solche Gedanken ausspinnen? Sie müssen auf dieselben kommen!

Und nun bedenke man den wirklichen Schaden sowohl der Verletzten, als auch der Genossenschaften, welcher dadurch zu Stande kommt, dass diese meist unbemittelten kleinen ländlichen Besitzer sich beim besten Willen in den ersten 13 Wochen nicht die sachgemässe ärztliche Hilfe verschaffen können und meist — aus wirklich materieller Noth — nicht zum Arzt, sondern zum Schäfer gehen, in dieser ersten Behandlungszeit, die stets entscheidend für den Ausgang ist. Die Heilungsergebnisse, welche da manchmal nach 13 Wochen vorliegen, muss man gesehen haben, um sie zu glauben.

Es ist ja auch ganz klar, dass die Carenzzeit von dieser langen Dauer gar nicht den Gesetzgebern hätte in den Sinn kommen können, wenn das Unfallversicherungsgesetz vor dem Krankenversicherungsgesetz oder wenigstens, wie es von der Regierung beabsichtigt war, gleichzeitig mit demselben, zu Stande gekommen wäre. — Dieselbe Commission hatte beide Entwürfe überwiesen bekommen, aber nur den demnächst Gesetz gewordenen Entwurf zum Krankenversicherungsgesetz fertig gestellt. Sie hatte auf diesen Entwurf sehr viel Zeit verwendet und kam erst spät dazu, in die Berathung des Unfallversicherungsgesetzes zu treten, so dass Kaiser Wilhelm I. in seiner Botschaft vom 14. April 1883 klagend ausrief:

„Mit Sorge erfüllt es uns, dass die principiell wichtigere Vorlage für die Unfallversicherung bisher nicht weiter gefördert ist.“

Und von Woedtke sagt in seiner vortrefflichen Einleitung zum Unfallversicherungsgesetz:

„So war denn auf dem Gebiete der Unfallversicherung Nichts erreicht worden, als dass in Folge des Krankenversicherungsgesetzes von dem auf den 1. December 1884 festgesetzten Zeitpunkt des Inkraft-

treten dieser Versicherung ab fast jeder Arbeiter, dessen Unfallversicherung zur Zeit in Frage kommen konnte, während mindestens 13 Wochen gegen Krankheit und hierdurch für diese Zeit auch gegen die in Krankheit und Erwerbsunfähigkeit sich äussernden Folgen der Unfälle versichert war.“

Damit war die unglückselige 13wöchentliche Carenzzeit geboren. „Indessen“, fährt v. Woedtke fort, „dies konnte nicht genügen; war doch noch für alle diejenigen Unfälle zu sorgen, deren Folgen gerade am schwersten auf den Arbeitern lasten und die verbitternden Prozesse zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern gerade hauptsächlich hervorrufen, für alle die Unfälle nämlich, welche den Tod oder eine länger als 13 Wochen dauernde gänzliche oder theilweise Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben.“

Hierin liegt die Erklärung für die ganze Unfallgesetzgebung. Die Gesetzgeber haben überhaupt nur, abgesehen von den Todesfällen, die nach 13 Wochen eintretenden Folgen im Sinne gehabt, nur auf sie „wie hypnotisirt“ geschaut. Für die ersten 13 Wochen war ja durch die Kassen gesorgt, und diese Zeit wurde daher ganz ausser Acht gelassen. Es wurde eben ein Stockwerk auf diese 13wöchentliche erste, durch das Krankenversicherungsgesetz gebaute Etage aufgesetzt und diese II. Etage „Unfallversicherungsgesetz“ benannt und nun immer nur dieses zweite Stockwerk allein gebaut, also auch beim landwirthschaftlichen Unfallgesetz, wo es gar kein erstes Stockwerk (Krankenversicherungsgesetz) gab.

Das landwirthschaftliche Unfallgesetz ist also ein Luftschloss und wird und muss logischer Weise in der jetzigen Form zusammenbrechen, oder der völlig in der Luft schwebende Bau muss eine Stütze bekommen, d. h. auch für alle ländlichen Unfallversicherten muss innerhalb der ersten 13 Wochen in irgend einer Weise gesorgt werden.

Aber auch das gewerbliche Unfallgesetz stellt mit dem Krankenversicherungsgesetz zusammen keinen einheitlichen organischen Bau dar, sondern, um beim Bild des Baues zu bleiben, ein zweistöckig gewordenes, ursprünglich nur einstöckig gedachtes Gebäude. Unten wohnt die Krankenkasse und oben die Berufsgenossenschaft, und alle Augenblicke ist Streit zwischen den beiden Miethsparteien, weil der unteren die Verpflichtung auferlegt worden ist, die Centralheizung für die obere Etage und die Beleuchtung und Reinigung des Flures und der Treppe mit zu übernehmen. Alle Augenblicke beschwert sich die obere Partei, dass zu wenig geheizt sei, dass die Treppe zur ersten Etage nicht ordentlich beleuchtet und gefegt sei, und die untere Partei schreit darüber, dass sie auch alles für die obere machen müsse, der doch z. B. ganz allein die Treppe zu Gute käme.

Der Besitzer oder vielmehr Vicewirth des Hauses sinnt, wie er wohl hier Ruhe schaffen könne und hat schliesslich folgenden Ausweg gefunden. Er sagt zu der oberen Partei: „Wenn Dir die untere Partei

die Sache nicht zu Recht macht, so will ich die Centralheizung so theilen, dass Du Dein Theil allein übernehmen kannst, und wenn Dir die unteren den Flur und die Treppe nicht genügend beleuchten und reinigen, so kannst Du Dir das allein besorgen. § 76e der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz: Die Berufsgenossenschaften können das Heilverfahren schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen übernehmen.

Das geht eine Zeit lang auch ganz gut, schliesslich erklärt aber die obere Partei, nun möchten die unten schon gar nichts mehr machen, den Flur unten benutzen sie doch gerade so gut wie ich, die Hälfte der Reinigungs- und Beleuchtungskosten müssen sie mir wenigstens ersetzen u. s. w. Wird in diesem gemeinschaftlich bewohnten Hause je Ruhe und Frieden eintreten? Nein, Niemals!

Daran ist durchaus aber nicht die Streitsucht der Parteien, sondern nur die verkehrte Einrichtung schuld.

Die Berufsgenossenschaften klagen, dass die Krankenkassen die Behandlung der Kranken nicht intensiv genug vornehmen, nicht genug an die functionelle, sondern nur an die nothdürftige anatomische Heilung denken, nur darauf bedacht seien, die Kranken möglichst rasch wieder gesund zu schreiben. Dann gingen die Kranken nothdürftig geheilt zur Arbeit, und die eben nothdürftig geheilten Glieder entzündeten sich wieder. Ihre berufsgenossenschaftliche Behandlung wäre eine ganz andere, bessere, intensivere, wie die kassenärztliche.

Die Krankenkasse sagt wieder, wie komme ich dazu besonders die functionelle Heilung anzustreben, die Kranken in theure medico-mechanische Institute zu bringen? Das liegt doch nur im Interesse der Berufsgenossenschaft.

Einsichtsvolle Berufsgenossenschaften machen denn auch ausgiebigen Gebrauch von § 76e, klagen dann aber wieder, dass die Krankenkassen Schwierigkeiten mit der Zahlung des ihnen zukommenden Antheils machen und den Berufsgenossenschaften nun Alles aufpacken möchten.

Kurz und gut Friede wird zwischen diesen beiden Miethsparteien nie eintreten.

Diese auf zwei Schultern vertheilte Fürsorge für den Verletzten ist ein Unding, unter dem nur der Verletzte leidet. Die Folge dieser Zweitheilung ist auch eine Zweitheilung in der Behandlung. Es giebt natürlich weder eine kassenärztliche, noch eine berufsgenossenschaftliche Behandlung, sondern nur eine ärztliche Behandlung, daher der Streit ein müssiger, welche besser und intensiver sei, ein Streit, der bekanntlich in Berlin besonders scharfe Formen angenommen hat.

Es ist und bleibt etwas Unnatürliches, wenn bei einem Verletzten, wie es ja fast immer geschieht, nach 13 Wochen ein Wechsel in der Person des behandelnden Arztes und Krankenhauses eintritt. In den meisten Fällen betrachtet der Verletzte den zweiten behandelnden Arzt, der gewöhnlich der Leiter eines mit irgend einer Art medico-mecha-

nischen Instituts verbundenen Krankenhauses ist, nicht als seinen Wohlthäter, sondern als den im Solde der Berufsgenossenschaften stehenden Rentenverkürzer. Nur den Arzt achtet und schätzt er als seinen natürlichen Wohlthäter, der ihm von Anfang an bei seiner schmerzhaften Erkrankung Hilfe geleistet hat, zu einer Zeit, wo jedem Verletzten die Gesundheit als das köstlichste Gut, und ein verstümmeltes und versteiftes Glied als ein schreckliches Leiden erscheint. Wenn er erst nach 13 Wochen sich an das steife Bein und den steifen Arm gewöhnt hat und gesehen, dass es zur Noth auch damit geht, namentlich wenn ihm noch eine Rente als Zuschuss winkt, oder er gar schon im Besitz einer solchen gewesen ist, dann erscheint auch ihm, wie dem vorher überhaupt nicht kassenärztlich behandelten ländlichen Unfallversicherten die neue Anstalt, in die er wandern muss, nicht als Heilanstalt, sondern als Rentenquetsche.

Die Behandlung muss also in einer Hand bleiben und von vornherein so eingerichtet sein, dass nicht nur die anatomische, sondern auch die functionelle Heilung mit allen möglichen Mitteln und trotz aller Kosten erstrebt wird, und der Kranke nicht eher aus der Behandlung entlassen und in den Genuss der etwa nöthig gewordenen Rente gesetzt wird, bis eben der beste Heileffect erreicht ist.

Wenn erst alle Krankenhäuser und Aerzte, wie es nach den jetzt bemerkbaren Anläufen hierzu zu hoffen ist, darauf eingerichtet und eingeschult sind, dann könnte natürlich ebenso gut der Krankenkassenarzt wie der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft die Behandlung leiten. Es müsste es eben aber nur einer von beiden sein und nicht beide nach einander.

Das einzig Logische wäre es natürlich, wenn die Berufsgenossenschaft, die für die Folgen der Behandlung aufkommen muss, auch für die Kosten der Behandlung eintreten, also auch diese von vornherein übernehmen müsste, wenn also die facultativ schon durchbrochene Carenzzeit gesetzlich gänzlich beseitigt würde.

Die Bedenken gegen die Beseitigung der Carenzzeit, welche hauptsächlich von den Berufsgenossenschaften erhoben werden, fallen gegenüber den schweren im Vorgehenden nur angedeuteten materiellen und moralischen Missständen, welche lediglich als Folge des Bestehens der Carenzzeit aufzufassen sind, gar nicht ins Gewicht.

Die Einwände gegen die Beseitigung der Carenzzeit gehen darauf hinaus, dass die meisten Unfälle doch in den ersten 13 Wochen erledigt würden und daher nach wie vor von den Krankenkassen abgemächt werden könnten. Sie würden die Berufsgenossenschaften nur unnütz materiell und mit Schreibereien belasten. Ferner wird befürchtet, dass der Wegfall der Carenzzeit auch die berufsgenossenschaftliche Organisation vernichten würde, da sie zu localer Controle, welche die primäre Behandlung aller Fälle doch erfordere, nicht geeignet sei.

Ferner könnten doch die Arbeiter durch die Krankenkasse auch

etwas zu den Kosten der Unfallversicherung beitragen, da zwar die Arbeitgeber in der Haftpflicht durch das Unfallgesetz entlastet seien, doch aber auch die durch Unvorsichtigkeit, Leichtsinns und Trunkenheit der Arbeiter verschuldeten Unfälle mit entschädigen müssten.

Das letztere muss zugegeben werden. Wenn aber die Krankenkassen alle Unfälle los werden, dann brauchten die Arbeiter weniger Kassenbeiträge zu zahlen und könnten ruhig direct etwas zur Unfallversicherung beitragen.

Was aber die Befürchtung der Vernichtung der berufsgenossenschaftlichen Organisation anlangt, so ist sie einmal wohl unbegründet, da ja bei Anwendung des § 76c noch keine Schädigung dieser anerkannt vorzüglich functionirenden Organisation bemerkt worden ist und — schliesslich, bei aller Hochachtung vor der berufsgenossenschaftlichen Organisation, ist diese doch nicht Hauptzweck des Unfallversicherungsgesetzes.

Daher gilt auch für das gewerbliche Unfallversicherungsgesetz der unerbittliche römische Spruch: *ceterum censeo, tempus carens esse delendum.*

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

3. Bei Invalidität und im Alter.

Von

Dr. **Pielicke** in Gütergotz.

Die grossartige Entwicklung und Bedeutung der Industrie in unserem Jahrhundert haben eine vollständige Umwandlung der socialpolitischen Verhältnisse in den meisten europäischen und aussereuropäischen Kulturstaaten zur Folge gehabt. Die Bevölkerung theilte sich im Wesentlichen in zwei Klassen, in die der Arbeitgeber und die grössere der Arbeitnehmer. Erstere arbeiten mit ihrer Intelligenz und ihrem Kapital, letztere hauptsächlich mit ihrer körperlichen Arbeitskraft. Der Kampf um den Wettbewerb hatte bald die äusserste Anspannung aller Kräfte zur Folge und damit natürlicherweise auch schwere Schädigungen der social schwächeren Klasse, der Arbeitnehmer. Diese Schäden traten zuerst ans Tageslicht in der Frauen- und Kinderarbeit. Deshalb sahen sich schon bald nach dem ersten Aufschwung der Industrie die Regierungen der verschiedensten Staaten genöthigt, im Interesse ihrer selbst, der Erhaltung des Familienlebens und der heranwachsenden Generation Verordnungen zum körperlichen und geistigen Schutze dieser Schwächsten der Schwachen zu treffen. Diesbezügliche Gesetze und Verordnungen wurden in den meisten Kulturstaaten gegeben; sie sind als die ersten Anfänge der modernen Socialpolitik aufzufassen. Ihnen folgten, wenigstens in unserem Vaterlande, die Bestimmungen der Gewerbeordnung über die gesundheitliche Einrichtung und Anlage von Fabriken, über Arbeitszeit und Arbeitsdauer. Leider sind diese Bestimmungen zu allgemein gehalten, daher zu leicht zu umgehen und wenig wirkungsvoll.

Die Scheidung der einzelnen Bevölkerungsklassen in Arbeitgeber und Arbeitnehmer blieb nicht auf die Industrie allein beschränkt, sondern ergriff immer weitere Kreise. Auf jedem Gebiete, in dem Bau- gewerbe, in der Land- und Forstwirthschaft, kurz in fast allen Zweigen

menschlicher Thätigkeit wurden die Missstände offenbar, welche das unverschuldete Unglück der social schwächeren Klasse zur Folge hatte. Durch langdauernde Krankheiten, die Folgen von Unfällen, durch Invalidität und schliesslich im Alter gerieth der Arbeiter oft mit seiner ganzen Familie in tiefes Elend, welches ihm durch die Wohlthaten der Armenpflege meist nur in völlig unzureichender Weise gelindert werden konnte. In Deutschland zuerst hatte man an maassgebender Stelle ein mitfühlendes Herz für diese Zustände; nicht nur ein mitfühlendes Herz, sondern auch den thatkräftigen Willen, das Elend und die Noth zu mildern und zu bessern. Kaiser Wilhelm I. verkündete am 17. November 1881 Folgendes:

„Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe (die positive Förderung des Wohles der Arbeiter) von Neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so grösserer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewusstsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen grössere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiss und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstages ohne Unterschied der Parteistellungen.

In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle mit Rücksicht auf die im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmässige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maass staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.“

Nach dem Ableben Kaiser Wilhelms I. legte Kaiser Friedrich im April 1888 den „Gesetzentwurf über die Alters- und Invalidenversicherung der Arbeiter“ dem Bundesrathe vor. Kaiser Wilhelm II. kündigte den Gesetzentwurf am 22. November 1888 dem Reichstage mit folgenden Worten an:

„Als ein theures Vermächtniss Meines in Gott ruhenden Herrn Grossvaters habe ich die Aufgabe übernommen, die von ihm begonnene socialpolitische Gesetzgebung fortzuführen. Ich gebe mich der Hoffnung nicht hin, dass durch gesetzgeberische Maassnahmen die Noth der Zeit und das menschliche Elend sich aus der Welt schaffen lassen, aber Ich erachte es doch für eine Aufgabe der Staatsgewalt, auf die Linderung vorhandener wirthschaftlicher Bedrängnisse nach Kräften hinzuwirken und durch organische Einrichtungen die Bethätigung der auf dem Boden

des Christenthums erwachsenen Nächstenliebe als eine Pflicht der staatlichen Gesammtheit zur Anerkennung zu bringen.“

Der Gesetzentwurf wurde im Juli 1888 veröffentlicht und der allgemeinen Kritik unterbreitet. Nachdem er dann noch einmal vom Bundesrathe durchgearbeitet worden war, wurde er mit einer Denkschrift, welche die mathematischen und statistischen Grundlagen und Tabellen enthielt, dem Reichstage vorgelegt. Dieser überwies ihn einer Commission von 28 Mitgliedern unter dem Vorsitze des verstorbenen Abgeordneten Frhr. von und zu Frankenstein. Mitglieder dieser Commission waren hauptsächlich Abgeordnete, welche schon bei der Berathung über die Kranken- und Unfallversicherung mitgewirkt hatten. Nach vielfachen Debatten, Erklärungen und Gegenerklärungen in der Presse und seitens grösserer Interessengemeinschaften, wie der der Industriellen, Kaufleute und Landwirthe, wurde das Gesetz am 24. Mai 1889 in der 3. Lesung mit einer Majorität von 20 Stimmen im Reichstage angenommen. Der Bundesrath stimmte zu und Kaiser Wilhelm II. vollzog das „Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22. Juni 1889“. Es wurde am 1. Januar 1891 in Kraft gesetzt.

Dies Gesetz ist das letzte der drei grossen socialpolitischen Gesetze des Deutschen Reiches. Das Krankenversicherungsgesetz trifft Fürsorge für Fälle vorübergehender Krankheit; die Unfallversicherung sorgt für die Arbeiter, welche durch Unfälle im Betriebe erwerbsunfähig werden, und für ihre Hinterbliebenen; die Invaliditäts- und Altersversicherung gewährt den infolge von Krankheit, Siechthum und Unfällen ausserhalb der Betriebe erwerbsunfähigen Arbeitern eine dauernde Rente, ausserdem auch denen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben.

Mit der Vollendung dieser drei Gesetze hat Deutschland die Führung in der socialpolitischen Gesetzgebung unter allen Culturstaaten übernommen. Speciell in der Invaliditäts- und Altersversicherung sind jene weit zurückgeblieben. Nur Dänemark hat seit dem Jahre 1891 ein Altersversorgungsgesetz für alle über 60 Jahre alten Personen, die in den letzten 10 Jahren keinerlei Armenunterstützung bezogen haben. Die Kosten dieses Gesetzes werden theils von der zuständigen Gemeinde, theils vom Staate getragen; der Versorgungsberechtigte oder der Arbeitgeber hat keinerlei Beiträge zu leisten. Rumänien hat seit dem Jahre 1895 eine Zwangs-Versicherung für die Bergbauarbeiter gegen Krankheit und Invalidität, Unfall und für Wittwen- und Waisenversorgung.

In Belgien besteht schon seit 1850 unter staatlicher Leitung und Garantie die *caisse générale de retraite* zur Sicherung von Leibrenten. Diese Kasse wurde 1869 verbunden mit den staatlichen Sparkassen zu der *caisse générale d'épargne et de retraite*. Doch ist wegen des fehlenden gesetzlichen Zwanges die Zahl der Versicherten eine nur geringe, der allgemeine Erfolg daher sehr unbedeutend. Deshalb ist man auch hier zu der Einsicht gekommen, die allgemeine Versicherung nicht der Initiative des einzelnen Individuums zu überlassen, sondern durch die staatliche Gesetzgebung einen allgemeinen Versicherungszwang zu

schaffen. Ebenso sind in Oesterreich, in der Schweiz, Frankreich, in den Niederlanden und in Schweden seit einigen Jahren die Vorarbeiten zu einer staatlichen Invaliditäts- und Altersversicherung im Gange. In Italien sind sogar seit dem Jahre 1881 im Ganzen vier verschiedene Gesetzentwürfe vorgelegt worden, bis endlich die Bildung eines „nationalen Pensionsfonds“ am 17. Juli 1898 durchging. Dieses Gesetz gewährt den Arbeitern die Möglichkeit, sich nach fünfjähriger Beitragszeit eine Invalidenrente und nach 25 Jahren eine Altersrente zu sichern, ausserdem können auch im Todesfalle die eingezahlten Beiträge an die Familienangehörigen zurückerstattet werden. Die Versicherung ist nicht obligatorisch, die Gelder werden beigebracht durch die Jahresbeiträge der Arbeiter (von ca. 5 Mark bis 80 Mark jährlich) und Zuschüsse des Staates, die den einzelnen Versicherten gut geschrieben werden.

In Schweden wurde im Jahre 1893 ein fertiger Gesetzentwurf eingebracht, der grosse Aehnlichkeit mit dem unsrigen hatte, aber jetzt zurückgezogen worden ist.

Das deutsche Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz unterwirft der Versicherungspflicht alle diejenigen Personen von ihrem 16. Lebensjahre ab, welche 1. als Lohnarbeiter, Gehülfen, Lehrlinge und Dienstboten, 2. als Betriebsbeamte und Handlungsgehülfen oder -Lehrlinge mit einem Jahresverdienst bis 2000 M. und 3. auf deutschen Seefahrzeugen und Fahrzeugen der Binnenschifffahrt in Lohn und Arbeit stehen. Als Lohn und Gehalt gelten auch Naturalbezüge; jedoch sind diejenigen nicht versicherungspflichtig, welche nur freie Verpflegung als Entgelt für ihre Thätigkeit erhalten, ebensowenig die Personen, welche nur ein verhältnissmässig geringes Taschengeld erhalten.

Im Allgemeinen betrifft die Versicherungspflicht also nur solche, welche als unselbständige Lohnarbeiter gewisse mechanische Dienstleistungen verrichten; Personen, welche infolge ihrer wissenschaftlichen oder künstlerischen Bildung in socialer Beziehung über den Stand der Dienstboten herausragen, sind nicht versicherungspflichtig z. B. Erzieher, Erzieherinnen, Hausdamen, Hauslehrer etc. Auch vorübergehende Beschäftigung macht versicherungspflichtig, sofern nicht seitens des Bundesrathes ausdrücklich Ausnahmen festgesetzt sind.

Ausserdem können sich noch bestimmte Klassen freiwillig selbst versichern, sofern dieselben nicht durch Beschluss des Bundesrathes versicherungspflichtig gemacht werden.

Es sind das: 1. kleinere Betriebsunternehmer, welche nicht regelmässig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen und 2. Hausgewerbetreibende. Vorbedingung dieser Berechtigung ist erstens, dass die betreffenden noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben und zweitens, dass sie nicht bereits invalide im Sinne des Gesetzes sind. Endlich können alle versicherten Personen, welche aus ihrem Versicherungsverhältnisse ausscheiden, die Versicherung freiwillig fortsetzen.

Nicht versicherungspflichtig sind alle Reichs- und Staatsbeamten,

alle Personen des Soldatenstandes, alle pensionsberechtigten Communalbeamten und schliesslich alle die, welche bereits invalide sind.

Gegenstand der Versicherung ist der Anspruch auf Invaliden- und Altersrente, ferner der Anspruch auf Rückerstattung der von den Versicherten selbst geleisteten Beiträge für weibliche Versicherte, welche sich vor Erlangung der Rente verheirathen und zweitens für die Hinterbliebenen solcher Versicherten, die vor Erlangung der Rente sterben.

Ausserdem ist eine Krankenfürsorge zugelassen für solche Versicherte, welche durch Krankheit mit vorzeitiger Invalidität bedroht sind.

Die Invalidenrente bietet einen Ersatz für die verlorene Erwerbsfähigkeit und wird gewährt jedem Versicherten ohne Rücksicht auf sein Lebensalter, welcher dauernd erwerbsunfähig oder während eines Jahres ununterbrochen erwerbsunfähig ist.

Im gesetzlichen Sinne erwerbsunfähig ist derjenige, welcher in Folge seines körperlichen und geistigen Zustandes nicht mehr im Stande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit etwa ein Drittel des gewöhnlichen Tagelohnes zu verdienen.

Als dauernd erwerbsunfähig gilt derjenige, welcher seine Erwerbsfähigkeit nach menschlichem Ermessen in absehbarer Zeit nicht wiedergewinnen wird.

Voraussetzung für den Anspruch auf Invalidenrente ist der Nachweis, dass der Versicherte bereits eine gewisse Wartezeit von fünf Beitragsjahren, von im Ganzen 235 Wochen, zurückgelegt hat.

In diese Beitragswochen werden Krankheits- und Militärdienstzeiten mit eingerechnet.

Ferner ist für den Anspruch auf Altersrente der Nachweis erforderlich, dass der Antragsteller bereits eine bestimmte Wartezeit von 1410 Beitragswochen hinter sich, das 70. Lebensjahr vollendet hat und nicht schon im Genuss der Invalidenrente steht.

Die Mittel zur Gewährung der Invaliden- und Altersrenten werden vom Reich, von den Arbeitgebern und den Versicherten, also den Arbeitnehmern, aufgebracht.

Das Reich leistet für jede Rente einen festen Zuschuss von 50 M. jährlich. Dieser Reichszuschuss rechtfertigt sich durch das „allgemeine Interesse des Reiches an einer möglichst normalen Gestaltung der socialen Verhältnisse“, ferner durch die Rücksicht auf die Nothwendigkeit die Kosten, wie überall bei Zwangsinstitutionen, für die Betroffenen möglichst zu ermässigen, und schliesslich durch die Erwartung, dass durch dies Gesetz eine Entlastung der allgemeinen öffentlichen Armenpflege eintreten werde.

Ausserdem trägt das Reich die Kosten für die während der Militärdienstzeit fortfallenden Beiträge, für das Reichsversicherungsamt und die Reichspostverwaltung, durch welche die Rentenauszahlung an die Versicherten unentgeltlich erfolgt.

Die Arbeitgeber und Versicherten haben laufende, für beide Theile gleich hohe Wochenbeiträge zu entrichten und zwar für jede Woche,

in welcher thatsächlich der Versicherte in Lohn und Arbeit gestanden hat. Die Höhe der Beiträge ist so bemessen, dass durch dieselben gedeckt werden: 1. die Verwaltungskosten, 2. die Rücklagen zur Bildung eines Reservefonds, 3. die Auslagen, welche durch die Rückerstattung von Beiträgen in den oben genannten Fällen entstehen und endlich 4. der Kapitalwerth der zur Auszahlung gelangenden Renten. Ausserdem ist bei der Höhe der Beiträge der Umstand in Rechnung gezogen worden, dass eine gewisse Zahl von Beiträgen ausfällt, nämlich die in Folge von Krankheit ausfallenden Wochenbeiträge; ebenso mussten die Beiträge etwas erhöht werden, weil voraussichtlich aus der Selbstversicherung und der freiwilligen Versicherung eine gewisse Mehrbelastung zu erwarten war.

Bei der Berechnung des Kapitalwerthes der Renten ist nicht etwa ein Kapital berechnet, dessen Zinsen die Rente decken, sondern ein Kapital, welches selbst mit seinen Zinsen zur Deckung der einzelnen Raten der Rente verwendet wird und grundsätzlich aufgezehrt sein soll, sobald die Zahlung der betreffenden Rente fortfällt. Das Gesetz schreibt das Kapitaldeckungsverfahren nach Perioden vor, d. h. es wird der Kapitalwerth derjenigen Renten, welche in den einzelnen bestimmten Zeiträumen voraussichtlich zur Auszahlung gelangen werden, bei der Berechnung der Wochenbeiträge in Betracht gezogen.

Die Festsetzung der Beitragshöhe erfolgte im Voraus auf bestimmte Zeiträume, und zwar erstmalig für den Zeitraum von 10 Jahren, und für die spätere Zeit für 5jährige Perioden. Für die späteren Zeiträume haben die einzelnen Versicherungsanstalten anderweitige Festsetzungen in der Höhe der Beiträge zu treffen, dieselben entweder zu erhöhen oder zu erniedrigen je nach den in der vorangegangenen Periode gemachten ungünstigen oder günstigen Rechnungsergebnissen.

Die Berechnung über die Höhe der Wochenbeiträge war eine ganz besonders schwierige, da eine Statistik über den Eintritt von Krankheit und Invalidität, über das Lebensalter der Versicherten in den einzelnen Lohnklassen und über die Lohnklassen selbst nicht existirte; das Gesetz musste sich erst seine Statistik selbst schaffen. Da aber die Vortheile des Gesetzes, die Rentenzahlung, den Versicherten möglichst bald zu Theil werden sollten, musste man die Berechnungen äusserst vorsichtig vornehmen, in zweifelhaften Fällen stets das Ungünstigere annehmen und die Beiträge daher — wenigstens für die erste 10jährige Periode — eher zu hoch als zu niedrig ansetzen, weil sonst der Bestand der ganzen wohlthätigen Einrichtung in Frage gestellt worden wäre.

Zum Zwecke der Bemessung der Beiträge und Renten wurden nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes verschiedene Lohnklassen der Versicherten gebildet, und zwar:

Klasse I. mit einem Jahresverdienst bis zu 350 M.;

Klasse II. mit einem Jahresverdienst von mehr als 350—550 M.;

Klasse III. mit einem Jahresverdienst von mehr als 550—850 M.;

Klasse IV. mit einem Jahresverdienst von mehr als 850 M.

Als Jahresverdienst für die Einreihung in diese 4 Lohnklassen gilt aber nicht der thatsächliche Jahresarbeitsverdienst des Versicherten, sondern der für seinen Beruf nach der Kranken- und Unfallversicherung maassgebende Durchschnittslohn, im Uebrigen aber der 300 fache Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter des Beschäftigungsortes.

Es können jedoch Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbaren, dass die Versicherung in einer höheren Lohnklasse erfolgen soll, als sie sich nach den obigen Bestimmungen ergeben würde.

Nach diesen Lohnklassen sind also die Beiträge berechnet, und zwar in der Weise, dass durch die in jeder Lohnklasse aufkommenden Beiträge die Belastung gedeckt wird, welche der Versicherungsanstalt durch die auf Grund dieser Beiträge entstehenden Ansprüche voraussichtlich erwächst. Für die bei derselben Versicherungsanstalt in derselben Lohnklasse versicherten Personen können die Beiträge nach Berufszweigen verschieden bemessen werden. Es dürfen also nach Berufszweigen bestimmte Gefahrenklassen eingerichtet werden, nicht aber in Rücksicht auf Lebensalter, Kränklichkeit oder Geschlecht.

Die Höhe der Beiträge in der ersten zehnjährigen Beitragsperiode ist nach den ausgeführten versicherungstechnischen Grundsätzen und Berechnungen:

	für die	I. Lohnklasse	14 Pfennig	
"	"	II.	20	"
"	"	III.	24	"
"	"	IV.	30	"

etwaige Ueberschüsse oder Ausfälle sind, wie oben gesagt, in der folgenden Beitragsperiode durch Aenderung der Betragshöhe zur Ausgleichung zu bringen.

Zum Zwecke der Erhebung der Beiträge werden von jeder Versicherungsanstalt für die einzelnen Lohnklassen Marken mit der Bezeichnung ihres Geldwerthes ausgegeben.

Diese Marken sind bei allen Postanstalten des Bezirks und anderen von den Versicherungsanstalten eingerichteten Verkaufsstellen gegen Erlegung des Nennwerthes käuflich. Das Beibringen der Marken liegt in der Regel dem Arbeitgeber ob; in gewissen Fällen, je nach den örtlichen Verhältnissen, kann diese Thätigkeit auch von Krankenkassen oder besonderen Hebestellen ausgeführt werden. Die Beiträge sind von demjenigen Arbeitgeber zu entrichten, welche den Arbeitnehmer während der Kalenderwoche oder unter mehreren Arbeitgebern zuerst in der Woche beschäftigt. Dabei ist der Arbeitgeber berechtigt, bei der Lohnzahlung den von ihm beschäftigten Personen die Hälfte der Beiträge in Abzug zu bringen.

Personen, welche aus einem Versicherungsverhältnisse ausscheiden, sei es, dass sie aus einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältniss durch zeitweise Arbeitslosigkeit austreten oder aus der freiwilligen Selbstversicherung, können dies Versicherungsverhältniss fortsetzen und durch weitere Wochenbeiträge eine Steigerung der künftigen Rente vorbereiten.

Um jedoch unzulässigen Spekulationen die Spitze abzubrechen, darf die Zahlung der Wochenbeiträge nur für die mittlere Lohnklasse II geschehen, und gleichzeitig muss für jede Beitragswoche eine Zusatzmarke beigebracht werden. Durch Beschluss des Bundesrathes werden die Zuschlagsbeiträge in Form von Doppelmarken erhoben. Die eine Hälfte der Doppelmarke stellt den Beitrag des Versicherten für den Reichszuschuss der Rente dar, die andere Hälfte wird gebildet aus einer Marke der Versicherungsanstalt des betreffenden Bezirkes. Die Zusatzmarke hat für die erste Beitragsperiode einen Nennwerth von 8 Pfennigen.

Diese freiwilligen Beitragszahlungen werden bei einem bestehenden Rentenanspruch nur dann auf die Wartezeit mit angerechnet, wenn der freiwillig Versicherte mindestens 117 Wochen, also die Hälfte der Wartezeit in einem gesetzlich begründeten Zwangs- oder Selbstversicherungsverhältniss gestanden hat. Man will auf diese Weise eventuellen Missbräuchen vorbeugen, welche durch die freiwillige Fortsetzung der Versicherung zum Zwecke der Erlangung einer Invalidenrente entstehen könnten.

Saisonarbeiter, z. B. Maurer und Landarbeiter können auch während einer nicht mehr als viermonatlichen Unterbrechung ihres Arbeitsverhältnisses das Versicherungsverhältniss freiwillig fortsetzen ohne Beibringung einer solchen Zusatzmarke, sie können auch die bisher geleisteten Wochenbeiträge weiter leisten und nicht nur solche für die Lohnklasse II bestimmen.

Die Beitragsmarken sind in die „Quittungskarte“ des Arbeitnehmers einzukleben. Diese enthält Jahr und Tag ihrer Ausgabe, die über den Gebrauch der Quittungskarte erlassenen Bestimmungen und die Strafvorschrift für unerlaubte Eintragungen und Vermerke.

Im Uebrigen bestimmt der Bundesrath ihre Einrichtung. Jede Karte muss nach der gesetzlichen Bestimmung Raum für 47 Beitragsmarken bieten; aus Gründen der Bequemlichkeit für die Arbeitgeber hat der Bundesrath den Karten einen Raum für 52 Beitragsmarken, also für ein Kalenderjahr, gegeben. Die Karten enthalten den Namen derjenigen Versicherungsanstalt, in deren Bezirk der Versicherte beschäftigt ist, ausserdem den Vor- und Zunamen, die Berufsstellung, den Geburtsort und Geburtstag des Versicherten.

Die Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten erfolgt durch die von der Landes-Centralbehörde bezeichnete Stelle.

In Preussen sind solche Ausgabestellen die Ortspolizeibehörden, unter bestimmten Verhältnissen auch die Orts- und Gutsbezirksvorsteher, auch können die Kreisverbände bestimmte Beamte bestellen; in Bayern sind es die Gemeindebehörden, in Württemberg die Ortsbehörden für die Arbeiterversicherung. Diese Ausgabestellen haben die in der zurückgegebenen Karte eingeklebten Marken derart aufzurechnen, dass ersichtlich wird, wieviel Beitragswochen für die einzelnen Lohnklassen dem Inhaber der Quittungskarte anzurechnen sind.

Gleichzeitig ist die Dauer der bescheinigten Krankheiten sowie der

militärischen Dienstleistungen anzugeben und über das Endergebniss dem Inhaber der Karte eine Bescheinigung zu ertheilen. Die Zahl und die Höhe der Beitragsmarken bestimmen bei der dereinstigen Rentenberechnung die Höhe der Rente. Die Quittungskarte verliert ihre Gültigkeit, wenn sie nicht bis zum Schlusse des 3. Jahres, welches dem am Kopfe der Karte bezeichneten Jahre folgt, zum Umtausche eingereicht worden ist. Es soll diese Bestimmung die Controle des Erlöschens der Anwartschaft erleichtern. Die abgegebenen Quittungskarten werden an die Versicherungsanstalten, deren Namen sie tragen, zurückgesandt. Dem Arbeitgeber, Arbeitnehmer oder dritten Personen ist es untersagt irgendwelche Eintragungen oder Vermerke auf der Quittungskarte zu machen. Letztere selbst bleibt im Besitz des Arbeitnehmers.

Was nun die Höhe der Renten anbetrifft, so besteht die Invalidenrente aus dem Reichszuschusse von 50 M. und einem Grundbetrage von 60 M. Letzterer ist von der Versicherungsanstalt aufzubringen und steigt mit jeder vollendeten Beitragswoche in der Lohnklasse I um 2 Pfennig, in der Lohnklasse II um 6 Pfennig, in der Lohnklasse III um 9 Pfennig und in der Lohnklasse IV um 13 Pfennig, Es steigt also die Invalidenrente mit der Höhe und der Zahl der Wochenbeiträge, also nach Maassgabe der Lohnklasse und der zeitlichen Dauer der Beiträge. Nach obiger Berechnung beträgt die Mindestrente, welche nach Ablauf einer Wartezeit von 235 Beitragswochen gewährt wird, jährlich

in Lohnklasse I . . .	114,70 M.
„ „ II . . .	124,10 „
„ „ III . . .	131,15 „
„ „ IV . . .	140,55 „

und die Rente nach Ablauf von 50 Beitragsjahren (einen eigentlichen Höchstbetrag kennt das Gesetz nicht) jährlich

in Lohnklasse I . . .	157,00 M.
„ „ II . . .	251,00 „
„ „ III . . .	321,50 „
„ „ IV . . .	415,50 „

Während der Uebergangszeit, d. h. während der ersten 5 Kalenderjahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ist nur ein Beitragsjahr obligatorisch; es beträgt also in diesem Falle der mögliche Mindestbetrag der Invalidenrente 110,94 M., 112,82 M., 114,23 M., 116,11 M, für die einzelnen Lohnklassen.

Bei der Berechnung der Altersrente sind von der Versicherungsanstalt für jede Beitragswoche aufzubringen

in Lohnklasse I . . .	4 Pfennige
„ „ II . . .	6 „
„ „ III . . .	8 „
„ „ IV . . .	10 „

dabei wird eine ganz bestimmte Zahl von Wochenbeiträgen unabhängig von der thatsächlichen Zahl der Einzelbeiträge in Anrechnung gebracht,

und zwar gerade soviel als die Dauer der Wartezeit beträgt, nämlich $30 \times 47 = 1410$ Beiträge. Es richtet sich also die Höhe der Altersrente nur nach der Höhe der Einzelbeiträge und nicht auch nach ihrer Zahl. Die Altersrente beträgt deshalb bei Verwendung nur einer Classe von Beitragsmarken

in Lohnklasse I . . .	106,40 M.
„ „ II . . .	134,60 „
„ „ III . . .	162,80 „
„ „ IV . . .	191,00 „

Die Höhe der Renten wird gewöhnlich innerhalb der angegebenen Grenzen schwanken, da man nicht annehmen kann, dass der Versicherte während der ganzen Zeit seiner Versicherung immer ein und derselben Lohnklasse angehört hat. Für Krankheits- und Militärdienstwochen wird bei der Rentenberechnung die Lohnklasse II zu Grunde gelegt.

Die Invalidenrente beginnt mit dem Tage, an welchem der Verlust der Erwerbsfähigkeit eingetreten ist.

Als dieser Zeitpunkt gilt, sofern nicht ein anderer in der Entscheidung festgestellt wird, der Tag, an welchem der Antrag auf Bewilligung der Rente bei der unteren Verwaltungsbehörde gestellt worden ist. Die Altersrente beginnt frühestens mit dem ersten Tage des 71. Lebensjahres. Dieselbe kommt in Fortfall, sobald dem Empfänger Invalidenrente gewährt wird. Die Altersrente soll nur einen Zuschuss darstellen zu dem Arbeitsverdienst, den der 70 jährige, noch arbeitsfähige Lohnarbeiter, der aber durch das hohe Alter voraussichtlich in seiner Erwerbsfähigkeit theilweise beschränkt ist, sich noch erwirbt. Sie fällt fort, sobald die höhere Invalidenrente gewährt werden muss.

Weiblichen Personen, welche eine Ehe eingehen, bevor sie in den Genuss einer Rente gelangt sind, steht ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn die letzteren für mindestens fünf Beitragsjahre entrichtet worden sind. Mit der Erstattung erlischt die durch das frühere Versicherungsverhältniss begründete Anwartschaft.

Stirbt eine männliche Person nach Ablauf der Wartezeit, bevor sie in den Genuss der Rente gelangt ist, so steht der hinterlassenen Wittve oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, den hinterlassenen ehelichen Kindern unter 15 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen entrichteten Beiträge zu. Zweck genannter Bestimmung ist, durch diese Entschädigung die Noth zu lindern, welche gerade nach dem Tode des Ernährers sich in den Familien der Arbeiter in der Regel am bittersten geltend macht. Bei dem Tode von weiblichen Versicherten haben unter obigen Vorbedingungen auch deren uneheliche Kinder Anspruch auf diese Entschädigung. Diese Bestimmungen finden jedoch keine Anwendung, sofern den Hinterbliebenen aus Anlass des Todes des Versicherten auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes eine Rente gewährt wird.

Die aus einem Versicherungsverhältniss sich ergebende Anwartschaft

auf Rente erlischt, wenn während vier aufeinander folgender Kalenderjahre weniger als 47 Wochenbeiträge entrichtet worden sind. Die Anwartschaft lebt wieder auf, sobald durch Wiedereintreten in eine das Versicherungsverhältniss begründende Beschäftigung oder durch freiwillige Beitragsleistung eine Wartezeit von 5 Beitragsjahren zurückgelegt ist. Es erlischt also die Anwartschaft auf Rente nur durch grössere Unterbrechungen der Beitragsleistung, wie sie z. B. bei Gesellen, die selbstständige Betriebsunternehmer werden, eintreten. Durch kürzere Unterbrechungen einer Lohnarbeit, wie sie durch Krankheit, Militärdienst oder zeitweilige Arbeitslosigkeit eintreten können, geht der Versicherte nicht des Rentenanspruches verlustig.

Tritt in den Verhältnissen des Rentenempfängers eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als dauernd erwerbsunfähig erscheinen lässt, so kann ihm die Rente entzogen werden.

Der nach dem Gesetze erworbene Rentenanspruch ruht, d. h. die Rente gelangt nicht zur Auszahlung:

1. für diejenigen Personen, welche im Genuss von Unfallrenten, Pensionen oder Wartegeldern aus öffentlichen Mitteln sind, solange und soweit diese Renten unter Hinzurechnung der gesetzlichen Invalidenrente den Betrag von 415 M. übersteigen. Letzteres ist die Invalidenrente, welche ein in der ersten Lohnklasse Versicherter nach 50 Beitragsjahren erlangen würde;
2. solange der Rentenberechtigte eine die Dauer von 1 Monat übersteigende Freiheitsstrafe verbüsst, oder solange er in einem Arbeitshause oder einer Besserungsanstalt untergebracht ist;
3. solange er nicht im Inlande wohnt; durch Beschluss des Bundesraths kann diese Bestimmung für bestimmte Grenzgebiete ausser Kraft gesetzt werden.

Diese Bestimmung, dass die Rente für die im Auslande wohnenden Personen im Allgemeinen nicht zur Auszahlung gelangt, beruht auf einem Zweckmässigkeitsgrunde. Denn diejenigen Personen, welche rentenberechtigt sind, müssen den Postanstalten diese Berechtigung nachweisen; hierzu gehört ferner auch noch der Nachweis, dass sie noch leben, denn mit ihrem Tode würde die Rentenberechtigung aufhören. Ein solcher Nachweis kann aber vom Auslande aus nicht mit genügender Sicherheit geführt werden, auch kann man ausländische Postanstalten nicht mit der Auszahlung der Rente beauftragen, weil sie die Verfügungen des Deutschen Reiches nicht zu befolgen haben.

Die auf gesetzlicher Vorschrift beruhende Verpflichtung von Gemeinden und Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen, sowie sonstige gesetzliche statutarische oder auf Vertrag beruhende Verpflichtungen zur Fürsorge für alte, kranke erwerbsunfähige oder hilfsbedürftige Personen werden durch dies Gesetz nicht berührt. Ein Uebergang des Anspruchs auf Rente findet nur statt, wenn seitens einer Gemeinde oder eines Armenverbandes dem Hilfsbedürftigen Unterstützung

gen zu Theil geworden sind, und zwar in der Höhe des Betrages der geleisteten Unterstützungen. In Süddeutschland, wo besondere landesgesetzliche Vorschriften bezüglich der Armenpflege bestehen, kann dieser Rentenanspruch auch auf Betriebsunternehmer und Kassen übergehen. Es kann also ein Rentenberechtigter im Falle seiner Bedürftigkeit ausser der Invalidenrente noch eine Armenunterstützung beziehen, und andererseits kann die mit der Armenpflege betraute Behörde in solchen Fällen die Auszahlung der Rente an sich beanspruchen.

Insoweit den nach Maassgabe dieses Gesetzes zum Bezuge von Invalidenrenten berechtigten Personen ein gesetzlicher Anspruch auf Ersatz des ihnen durch die Invalidität entstandenen Schadens gegen Dritte zusteht, geht derselbe auf die Versicherungsanstalt bis zum Betrage der von dieser zu gewährenden Rente über.

Die Rente kann mit rechtlicher Wirkung weder verpfändet, noch übertragen, noch für andere als die im § 749 Abs. 4 der Civilprocessordnung bezeichneten Alimenterforderungen der Ehefrau und ehelichen Kinder und die Forderungen der ersatzberechtigten Gemeinden und Armenverbände gepfändet werden.

Die Durchführung der Invaliditäts- und Altersversicherung erfolgt durch Versicherungsanstalten, welche nach Bestimmung der Landesregierungen für weitere Communalverbände ihres Gebietes oder für das Gebiet des Bundesstaates errichtet werden. Auch kann für mehrere Bundesstaaten oder Gebietstheile derselben, sowie für mehrere weitere Communalverbände eines Bundesstaates eine gemeinsame Versicherungsanstalt errichtet werden. In der Versicherungsanstalt sind alle diejenigen Personen versichert, deren Beschäftigungsort im Bezirke der Versicherungsanstalt liegt.

Soweit die Beschäftigung in einem Betriebe stattfindet, dessen Sitz im Inlande belegen ist, gilt als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes.

Es wurde seiner Zeit ausdrücklich abgelehnt, die Durchführung des neuen Gesetzes den Krankenkassen oder den Berufsgenossenschaften zu übertragen. Die Krankenkassen erschienen zu klein, sind in ihrem Bestande zu sehr dem Wechsel unterworfen und umfassen nicht alle der Invalidenversicherung unterworfenen Personen. Auch die Berufsgenossenschaften umfassen nicht alle in Betracht kommenden Personen; ferner ist ihre Organisation nicht für die Durchführung des Gesetzes geeignet, da sie selbst sowohl bezüglich der Kostenbeiträge als auch bezüglich der Verwaltung nur auf der Theilnahme der Arbeitgeber beruhen, während die Kosten des neuen Gesetzes in gleicher Weise von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen werden, folglich auch beide Theile in gleicher Weise Antheil an der Vermögensverwaltung haben müssen. Aus diesen und anderen Gründen hat man selbständige Versicherungsanstalten mit dem Rechte juristischer Persönlichkeit und Selbstverwaltung geschaffen. Ihre Bezirke lehnen sich an die Bundesstaaten, die Provinzen oder ähnliche weitere Communalverbände an. Es sind im

Ganzen 31 Versicherungsanstalten eingerichtet worden, darunter 8 gemeinsame und zwar für folgende Bezirke:

1. für die Provinz Ostpreussen,
2. " " " Westpreussen,
3. " " " Brandenburg,
4. " " " Pommern,
5. " " " Posen,
6. " " " Schlesien,
7. " " " Westfalen,
8. " den Stadtkreis Berlin,
9. " die Provinz Schleswig-Holstein und das Fürstenthum Lübeck,
10. " " Rheinprovinz, die Hohenzollernschen Lande und das Fürstenthum Birkenfeld,
11. für die Provinz Sachsen und das Herzogthum Anhalt,
12. " " " Hannover und die Fürstenthümer Pymont, Schaumburg-Lippe und Lippe,
13. für die Provinz Hessen-Nassau und das Fürstenthum Waldeck,
14. " den Regierungsbezirk Oberbayern,
15. " " " Niederbayern,
16. " " " Pfalz,
17. " " " Oberfranken,
18. " " " Oberpfalz und Regensburg,
19. " " " Mittelfranken.
20. " " " Unterfranken und Aschaffenburg,
21. " " " Schwaben und Neuburg,
22. " das Königreich Sachsen,
23. " " " Württemberg,
24. " " Grossherzogthum Baden,
25. " " " Hessen,
26. " " " Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz,
27. für das Grossherzogthum Sachsen-Weimar-Eisenach, die Herzogthümer Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha, sowie die Fürstenthümer Schwarzburg-Sondershausen, Schwarzburg-Rudolstadt, Reuss ä. L., Reuss j. L.
28. für das Grossherzogthum Oldenburg,
29. " " Herzogthum Braunschweig,
30. " die Freien und Hansastädte Lübeck, Bremen und Hamburg,
31. " " Reichslande Elsass-Lothringen.

Die Errichtung der Versicherungsanstalten bedarf der Genehmigung des Bundesrathes, der Sitz der Versicherungsanstalt wird durch die Landesregierung bestimmt.

Die Versicherungsanstalt kann unter ihrem Namen Rechte erwerben und Verbindlichkeiten eingehen, vor Gericht klagen und verklagt werden.

Für ihre Verbindlichkeiten haftet den Gläubigern das Anstaltsvermögen; soweit dasselbe zur Deckung der Verpflichtungen der Versiche-

rungsanstalt nicht ausreicht, der Communalverband, für welchen die Versicherungsanstalt errichtet ist; im Unvermögensfalle desselben oder, wenn die Versicherungsanstalt für den Bundesstaat errichtet ist, dieser letztere. Das Vermögen der Versicherungsanstalt darf für andere als die in diesem Gesetze vorgesehenen Zwecke nicht verwendet werden. Die Versicherungsanstalt darf andere als die in diesem Gesetze ihr übertragenen Geschäfte nicht übernehmen. Die durch die erste Einrichtung der Versicherungsanstalt entstehenden Kosten sind von dem Communalverbande oder dem Bundesstaate, für welchen sie errichtet wird, vorzuschüssen; die geleisteten Vorschüsse sind von der Versicherungsanstalt aus den zunächst eingehenden Versicherungsbeiträgen zu erstatten.

Die Versicherungsanstalt wird durch einen Vorstand verwaltet. Dieser hat die Anstalt gerichtlich und aussergerichtlich zu vertreten und hat die Eigenschaft einer öffentlichen Behörde. Seine Geschäfte werden von einem oder mehreren Beamten des weiteren Communalverbandes oder Bundesstaates, für welchen die Versicherungsanstalt errichtet ist, wahrgenommen. Die Bezüge dieser Beamten werden von der Versicherungsanstalt dem Communalverbande oder der betreffenden Landesregierung vergütet. Durch das Statut kann bestimmt werden, dass dem Vorstande neben den vorgenannten Beamten noch andere Personen angehören sollen. Die laufenden Verwaltungsgeschäfte der Anstalten sind zum Zweck einer schnellen und gleichmässigen Erledigung im Interesse der Versicherten öffentlichen Beamten übertragen. Diese Geschäfte sind mehr formeller Art und bestehen im Wesentlichen in der Vermögensverwaltung, der Rentenfestsetzung auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen und in dem Vertriebe der Marken. Ausser diesen Beamten können, falls der Ausschuss davon einen Vortheil für die Geschäftsführung erwartet, durch Statut noch andere Personen in den Vorstand aufgenommen werden. Ob diese Hilfskräfte der Klasse der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer angehören, ist gleichgültig, auch kommt es garnicht darauf an, dass beide Theile gleichmässig im Vorstande vertreten sind. Denn es war durchaus nicht die Absicht eine Vertretung der Arbeitgeber und Arbeiter im Vorstande zu schaffen, sondern man wollte bei der Wahl dieser Hilfskräfte nur nach der praktischen Zweckmässigkeit verfahren. So kann z. B., wenn die Versicherungsanstalt es für nothwendig befindet, eine Anzahl von Aerzten zur Prüfung und Controle der ärztlichen Gutachten, welche bei dem Vorstande eingehen, in den Vorstand gewählt werden.

Für jede Versicherungsanstalt wird ein Ausschuss gebildet, welcher aus mindestens je 5 Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten besteht. Die Zahl der Vertreter wird durch die Landes-Centralbehörde, später durch das Statut bestimmt, sie muss für die Arbeitgeber und die Versicherten die gleiche sein.

Diese Vertreter werden von den Vorständen der im Bezirke der Versicherungsanstalt vorhandenen Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und

Innungskrankenkassen, Knappschaftskassen und anderer zur Wahrung von Interessen der Seeleute bestimmter, obrigkeitlich genehmigter Vereinigungen von Seeleuten gewählt.

Soweit die Versicherten solchen Kassen nicht angehören ist den Vertretungen der weiteren Communalverbände oder den Verwaltungen der Gemeindekrankenversicherung eine der Zahl dieser Personen entsprechende Betheiligung an der Wahl einzuräumen.

Der Ausschuss vertritt also die Gesammtheit der an der Versicherung durch die Beitragszahlung pekuniär betheiligten Personen, er stellt dar die Generalversammlung der Interessenten. Da beide Theile, Arbeitgeber sowohl als auch Arbeitnehmer, den gleichen Kostenbeitrag leisten, sind sie auch in gleicher Weise und in gleichem Verhältniss an der Verwaltung betheiligt. Ueber die Obliegenheiten und Befugnisse des Ausschusses, über seine Berufung, seine Geschäftsführung bestimmt das Statut. Die Wahl der Ausschussvertreter erfolgt nach einer von der Landes-Centralbehörde erlassenen Wahlordnung, die Centralbehörde kann jedoch auch andere Behörden mit dieser Aufgabe betrauen. Erstreckt sich der Bezirk der Versicherungsanstalt über mehrere Bundesstaaten, so wird die Wahlordnung vom Reichsversicherungsamt erlassen.

Um zu häufige Wiederholungen der Wahlen zu vermeiden, ist die Wahlperiode auf die Zeit von fünf Jahren festgesetzt worden.

Wählbar zu Vertretern sind nur deutsche, männliche, grossjährige, im Bezirke der Versicherungsanstalt wohnende Personen, welche sich im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befinden und nicht durch richterliche Anordnung in der Verfügung über ihr Vermögen beschränkt sind. Wählbar zu Vertretern der Arbeitgeber sind nur die Arbeitgeber der nach Maassgabe dieses Gesetzes versicherten Personen und die bevollmächtigten Leiter ihrer Betriebe, zu Vertretern der Versicherten die auf Grund dieses Gesetzes versicherten Personen.

Durch das Statut kann die Bildung eines Aufsichtsrathes angeordnet werden. Letzterer muss aber gebildet werden in dem Falle, dass nach dem Statut dem Vorstande Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten nicht angehören. Der Aufsichtsrath hat die Geschäftsführung des Vorstandes zu überwachen und die ihm durch das Statut ausserdem übertragenen Obliegenheiten zu erfüllen. Er besteht aus der gleichen Zahl von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer und ist befugt, die Berufung des Ausschusses zu verlangen. Die Mitglieder des Aufsichtsrathes verwalten ihr Amt als Ehrenamt und erhalten Ersatz für baare Auslagen, die Versicherten auch für entgangenen Arbeitsverdienst.

Als örtliche Organe der Versicherungsanstalt werden Vertrauensmänner aus dem Kreise der Arbeitgeber und Versicherten bestellt; ihre Bestellung ist obligatorisch, ihre Hauptaufgabe besteht in der Prüfung von Rentenanträgen, in der Controle der Rentenempfänger und der Beitragserhebung. Aufsichtsrathsmitglieder und Vertrauensmänner aus den Kreisen der Arbeitgeber können, sofern sie sich der Ausübung ihres

Amtes ohne genügende Entschädigung entziehen, vom Vorstande mit einer Geldstrafe bis zu 1000 M. belegt werden.

Für jede Versicherungsanstalt ist ein Statut errichtet. Dasselbe muss Bestimmung treffen:

1. über die Zahl der Mitglieder, die Obliegenheiten und Befugnisse sowie die Berufung des Ausschusses, über die Bestellung des Vorsitzenden desselben und über die Art der Beschlussfassung;
2. für den Fall der Bestellung eines Aufsichtsrathes über die Art seiner Bestellung, die Zahl seiner Mitglieder, seine Obliegenheiten und Befugnisse;
3. über die Art der Bestellung der Vertrauensmänner etc.;
4. über die Form, in welcher der Vorstand seine Willenserklärungen kundzugeben und für die Versicherungsanstalt zu zeichnen hat;
5. über die Vertretung der Versicherungsanstalt gegenüber dem Vorstande;
6. über die Zahl der Schiedsgerichtsbeisitzer;
7. über die Höhe der an die nichtbeamteten Organe der Versicherungsanstalt zu zahlenden Vergütungen;
8. über die Aufstellung und Abnahme der Jahresrechnung;
9. über die Veröffentlichung der Rechnungsabschlüsse;
10. über die öffentlichen Blätter, durch welche Bekanntmachungen zu erfolgen haben;
11. über die Voraussetzungen einer Aenderung des Statuts.

Das Gesetz wollte der Selbstverwaltung der Versicherungsanstalten möglichst Spielraum lassen, es gab ihnen deshalb zum weiteren Ausbau ihrer inneren Verwaltung gewisse Freiheiten in Form des Statutes, welches in den genannten Bestimmungen nur das dringend nothwendige Gerüst zu einer zweckentsprechenden Organisation enthält. Vorschläge für die Aufstellung der Statuten der Versicherungsanstalten sind im Reichsamt des Innern ausgearbeitet und von den einzelnen Anstalten als Muster benutzt worden.

Die Aufgaben des Ausschusses der Versicherungsanstalten bestehen in der Wahl der Schiedsgerichtsbeisitzer, der Prüfung der Jahresrechnungen, der Beschlussfassung über die Bildung von Rückversicherungsverbänden, in der Beschlussfassung über Abänderungen des Statutes und für den Fall, dass kein Aufsichtsrath besteht, in der Ueberwachung der Geschäftsführung des Vorstandes.

Für den Bezirk einer jeden Versicherungsanstalt ist zur Wahrung der Interessen des Reiches und der anderen Versicherungsanstalten ein Staatscommissar bestellt. Dieser hat besonders das Recht an allen Verhandlungen des Vorstandes, des Ausschusses und des Aufsichtsrathes beratend Theil zu nehmen, ebenso an den Verhandlungen des Schiedsgerichts, er kann Einsicht in die Akten nehmen, Anträge stellen und bei Rentenfestsetzungen die gesetzlichen Rechtsmittel einlegen. Er wahrt also einmal das Interesse des Reiches, welches pekuniär durch den

Reichszuschuss von 50 M. zu jeder Rente an der Rentenfestsetzung theiligt ist und ausserdem natürlich auch ein ethisches Interesse an der sachgemässen Durchführung des Gesetzes hat: andererseits vertritt er zu gleicher Zeit die Interessen der übrigen Versicherungsanstalten; denn alle die Anstalten, für welche seitens des Versicherten Beiträge geleistet sind, haben nach dem Verhältniss dieser Beiträge an der Rentenzahlung Theil zu nehmen.

Mehrere Versicherungsanstalten können Rückversicherungsverbände schliessen, indem sie die gesetzlichen Lasten ganz oder zum Theil gemeinsam zu tragen vereinbaren.

Die Entscheidung über Berufungen gegen die Beschlüsse des Vorstandes der Versicherungsanstalten über die Bewilligung von Renten ist besonderen Schiedsgerichten übertragen worden. Von diesen besteht in jedem Versicherungsbezirk mindestens eins. Sie setzen sich zusammen aus je einem Vorsitzenden, der ein öffentlicher Beamter der Centralbehörde des betreffenden Bundesstaates sein muss und durch einen Stellvertreter in Behinderungsfällen vertreten wird, und aus mindestens vier Beisitzern, welche je zwei und zwei der Klasse der Arbeitgeber und Arbeitnehmer angehören.

Die Entscheidungen des Schiedsgerichts finden jedoch nur bei einer Besetzung durch drei Mitglieder statt, den Vorsitzenden, je einen Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Beisitzende.

Die Beisitzer werden vom Ausschusse der Versicherungsanstalt in der durch das Statut bestimmten Zahl auf fünf Jahre gewählt. Die Kosten des Schiedsgerichts werden von der Versicherungsanstalt getragen; werden jedoch durch unbegründete oder gar frivole Beweisanträge besondere Kosten veranlasst, so können diese vom Schiedsgerichte den Beteiligten auferlegt werden.

Das Verfahren für die Feststellung der Rente erfolgt auf Antrag des Versicherten hin. Dieser hat seinen Anspruch auf Bewilligung einer Invaliden- und Altersrente bei der unteren Verwaltungsbehörde, also z. B. beim Magistrat oder Landrath einzubringen. Beizufügen sind die Quittungskarte sowie die sonstigen zur Begründung des Anspruchs dienenden Beweisstücke, wie ärztliches Attest, Krankheits- oder Arbeitsbescheinigungen. Handelt es sich um einen Antrag auf Invalidenrente, so hat die untere Verwaltungsbehörde die Vertrauensmänner sowie den Vorstand der Krankenkasse, welcher der Antragsteller angehört, über diesen Anspruch zu hören und deren Aeusserungen nebst seiner eigenen gutachtlichen Aeusserung und den sämtlichen Papieren dem Vorstande derjenigen Versicherungsanstalt zu übersenden, an welche der Antragsteller nach Massgabe der eingereichten Quittungskarte zuletzt Beiträge geleistet hat. Bei der Altersrente ist die Anhörung der Vertrauensmänner und der Krankenkassenvorstände unnöthig. Der Vorstand prüft den Antrag auf Grund der eingereichten Urkunden und gutachtlichen Aeusserungen. Ist nun der Antrag aus formellen Gründen, z. B. wegen Nichterfüllung der Wartezeit, nicht ohne Weiteres abzuweisen, so fordert der Vorstand

sämmtliche Quittungskarten des Antragstellers ein. Er kann auch noch weitere Erhebungen veranlassen, z. B. eine ärztliche Untersuchung durch einen Vertrauensarzt, und entscheidet nun endgültig über den Antrag. Diese Entscheidung wird dem Antragsteller schriftlich mitgetheilt. Der Rentenbewerber kann gegen diese Entscheidung des Vorstandes innerhalb vier Wochen Berufung beim Schiedsgericht einlegen; gegen des letzteren Spruch steht beiden Theilen wiederum innerhalb vier Wochen nach Zustellung der Entscheidung die Revision beim Reichsversicherungsamt zu. Die Auszahlung der Rente erfolgt auf Anweisung der Versicherungsanstalt durch die Post. Die Vertheilung der Rente auf die beteiligten Versicherungsanstalten und das Reich geschieht durch das Rechnungsbureau des Reichsversicherungsamtes. Diesem reicht der Vorstand nach rechtskräftiger Feststellung der Rente eine Ausfertigung der Entscheidung nebst den sämmtlichen Quittungskarten ein. Auf Grund der letzteren werden die von den Postanstalten jeden Monat vorschussweise gezahlten Rentenbeträge auf die einzelnen Versicherungsanstalten vertheilt und von diesen alljährlich wieder erstattet.

Zur Controle über die gesetzliche Ausführung der Versicherung seitens der Arbeitgeber können die Versicherungsanstalten besondere Vorschriften erlassen und bestimmte Controlbeamte anstellen. Sie können auch die Arbeitgeber durch Geldstrafen bis zum Betrage von 100 M. zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Pflichten veranlassen. Die Arbeitgeber und Versicherten sind ferner verpflichtet den Versicherungsanstalten sowie ihren beauftragten Organen und Beamten jede Auskunft über ihr Arbeitsverhältniss zu geben und ihnen die Quittungskarten zur Ausübung der Controle oder zur Herbeiführung eventuell erforderlicher Berichtigungen gegen schriftliche Bescheinigung auszuhändigen. Auch hierzu können sie durch Geldstrafen bis zu 300 M. angehalten werden.

Bezüglich der Vermögensverwaltung der Versicherungsanstalten ist die Bestimmung getroffen, dass die verfügbaren Gelder wie bei der Unfallversicherung in erster Linie in öffentlichen Sparkassen oder wie die Gelder bevormundeter Personen angelegt werden. Es kommen also nur die Schuldverschreibungen in Betracht, welche vom Deutschen Reich, einem Deutschen Bundesstaate oder den Reichslanden Elsass-Lothringen mit gesetzlicher Ermächtigung ausgestellt sind, oder deren Verzinsung gesetzlich garantirt ist. Ausserdem können noch die Schuldverschreibungen angekauft werden, die von Deutschen communalen Körperschaften (Provinzen, Kreisen, Gemeinden etc.) ausgestellt sind; ferner können die Gelder auch bei der Reichsbank verzinslich angelegt werden.

In zweiter Linie kann auch ein Theil des Vermögens — jedoch nicht mehr als der vierte Theil des Vermögens der einzelnen Versicherungsanstalten — in Grundstücken und anderen als den oben genannten zinstragenden Papieren angelegt werden. Diese Erlaubniss ist aus dem Grunde gegeben worden, um eine Störung des Geldmarktes durch die voraussichtlich grosse Nachfrage nach sicheren Staats- und anderen Anlage-

papieren zu vermeiden. Besonders für gemeinnützige Zwecke, soweit die Unternehmungen in pekuniärer Beziehung die Gewähr der Sicherheit tragen, können die Gelder der Versicherungsanstalt zinstragend angelegt werden und auf diese Weise wiederum zur Förderung der Interessen des Arbeiterstandes wirksam werden. So hat man an die Errichtung von Arbeiterwohnungen für Rechnung der Versicherungsanstalten zu denken, so können Hypotheken für die Errichtung von Arbeiterheilstätten, Arbeitsnachweisen und Herbergen übernommen werden.

Die Versicherungsanstalten haben über ihre Geschäfts- und Rechnungsergebnisse dem Reichsversicherungsamt in regelmässigen Zeitabschnitten Bericht zu erstatten.

Letzteres hat die Aufgabe, die Versicherungsanstalten bezüglich der Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften zu beaufsichtigen. Alle Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes sind endgültig, soweit das Gesetz nicht ein Anderes bestimmt hat.

Das Reichsversicherungsamt kann jederzeit eine Prüfung der Geschäftsführung der Versicherungsanstalten vornehmen.

Sämmtliche Schriftstücke, Bücher, Belege, Geldbestände und Werthpapiere sind ihm auf Verlangen vorzulegen. Es entscheidet über Streitigkeiten, welche sich auf die Rechte und Pflichten der Organe der Versicherungsanstalten sowie der Mitglieder dieser Organe, auf die Auslegung der Statuten und auf die Gültigkeit der vollzogenen Wahlen beziehen.

Die Entscheidungen der Reichsversicherungsamtes erfolgen in der Besetzung von mindestens zwei ständigen und zwei nichtständigen Mitgliedern, unter welchen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muss, und unter Zuziehung von mindestens einem richterlichen Beamten, wenn es sich handelt:

1. um die Entscheidung bei Revisionen gegen die Entscheidungen der Schiedsgerichte;
2. um die Entscheidung vermögensrechtlicher Streitigkeiten bei Veränderungen des Bestandes der Versicherungsanstalten.

Sofern für das Gebiet eines Bundesstaates ein Landesversicherungsamt errichtet ist, unterliegen diejenigen Versicherungsanstalten, welche sich über das Gebiet dieses Bundesstaates nicht hinaus erstrecken, der Beaufsichtigung des Landesversicherungsamtes. Landesversicherungsämter bestehen für Baden, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Schwerin, Mecklenburg-Strelitz, Reuss ä. L., Sachsen und Württemberg. Da sich die Versicherungsanstalten für die beiden Mecklenburg und Reuss ä. L. über die Bezirke ihrer Bundesstaaten hinaus erstrecken, so fällt die Zuständigkeit dieser Landesversicherungsämter für dies Gesetz hinweg, dafür tritt das Reichsversicherungsamt ein. Letzteres ist insbesondere allein zuständig für die Entscheidungen über die Revisionen der schiedsgerichtlichen Urtheile; letzteres ist aus dem Grunde geschehen, um in wichtigen Rechtsfragen eine einheitliche Rechtsprechung herbeizuführen.

Dies sind im Grossen und Ganzen die Grundzüge des Gesetzes, welches den Zweck verfolgt dem social schwächsten Theile der Bevölkerung des Deutschen Reiches auf Grund einer Zwangsversicherung im Alter und in dem Falle verlorener Erwerbsfähigkeit die Alters- resp. Invalidenrente zu gewähren.

Die Kosten der Versicherung werden für die Versicherten gemindert dadurch, dass auch die Arbeitgeber einen Antheil an den Beiträgen zu liefern haben und andererseits durch den Zuschuss, welchen das Reich zu jeder Rente leistet. Durch die beiden letzteren Bestimmungen wird die Versicherung für die Versicherten in einer Weise verbilligt, wie es bei keiner Privatversicherungsanstalt möglich wäre.

Zwar erscheinen die Leistungen der Versicherungsanstalten bezüglich der Höhe der Einzelrenten vorläufig noch recht gering — die jährliche Invalidenrente beträgt zur Zeit etwa 115—140 M., die Altersrente 106—190 M. — immerhin aber ist die Gesamtsumme der Renten schon eine ganz enorme.

So wurden bis zum Jahre 1897 an Invalidenrenten ca. 53 Millionen Mark ausbezahlt, an Altersrenten ca. 137 Millionen Mark, also zusammen ca. 190 Millionen Mark. Dabei stieg die Zahl der Invalidenrentner von 17000 auf 52062 im Jahre 1896; die Zahl der Altersrentner, welche anfangs natürlich grösser (132900) war als die der Invalidenrentner, betrug im Jahre 1896 ungefähr 30000, wurde also von der Zahl der Invalidenrentner bedeutend übertroffen. Schon das Verhältniss der Invalidenrenten zu den Altersrenten im Jahre 1896 zeigt, dass erstere im weiteren Verlaufe der Wirkung des Gesetzes im Gegensatz zu letzteren eine immer grössere Bedeutung erlangen werden. Es ist ja auch klar, dass die Anzahl der Altersrentner keine wesentliche Steigerung erfahren wird, sie wird nur wachsen entsprechend etwa der Zunahme der Bevölkerung. Die Zahl der Invaliden aber und die Höhe der Renten wächst in den ferneren Jahren hauptsächlich mit der Zahl und Höhe der Wochenbeiträge der Versicherten. So hat man rechnungsmässig festgestellt, dass von den Versicherten, von denen im ersten Jahre niemand Invalidenrente beziehen kann, nach 50 Jahren 11,40 pCt. Invalidenrente beziehen werden, während die Zahl der Altersrentner im ersten wie im 50. Rechnungsjahre dieselbe bleiben wird, 1,20 auf 100 Versicherte.

Ebenso sind von 100 M. Rente im ersten Jahre 0 M. Invaliden- und 100 M. Altersrente, nach 50 Jahren 94 M. Invaliden- und ca. 6 M. Altersrente auszuführen.

Aus diesen Betrachtungen lässt sich leicht ersehen, dass das Wesen des Gesetzes für die Zukunft in der Entschädigung der Versicherten in Fällen der Invalidität beruht; die Altersrente wird stets nur eine nebensächliche Bedeutung erhalten.

Der Zusammenhang des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes und der früheren Arbeiterversicherung, der Krankenkassen- und Unfallgesetzgebung ist ein ziemlich lockerer. Schon der Kreis der Versicher-

ten ist ein ganz anderer; er betrifft bei der Invaliditätsversicherung alle Lohnarbeiter, bei der Krankenversicherung sind die Hausindustriellen, das Gesinde, die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, Handlungsgehilfen und Betriebsbeamten, die unständigen, d. h. die nicht sesshaften, Arbeiter nicht versicherungspflichtig; die Unfallversicherung erstreckt sich nur auf verhältnissmässig wenige, mit besonderen Gefahren verbundene Betriebe. Auch schliesst sich die Invalidenversicherung zeitlich nicht direkt an die Krankenversicherung an. Letztere gewährt eine gesetzliche Unterstützung nur für 13 Wochen, während (bei längerer Krankheit) der Bezug der Invalidenrente für ununterbrochene Erwerbsunfähigkeit erst nach einem Jahre beginnt, sodass der Versicherte dann dreiviertel Jahr ausserhalb der reichsgesetzlichen Fürsorge steht und nur auf die Wohlthaten der communalen Armenpflege angewiesen ist. Nach der neuen Novelle soll allerdings die Wartezeit für ununterbrochene Invalidität auf ein halbes Jahr verkürzt werden. Die Versicherungsanstalten können von den Krankenkassen verlangen, dass sie die Krankenfürsorge für ihre Versicherten in dem von der Versicherungsanstalt gebotenen Umfange übernehmen. Die Kosten für diese Fürsorge hat die Versicherungsanstalt zu ersetzen. Auch bei der Festsetzung der Lohnklassen macht sich der Einfluss der Krankenversicherung geltend. Die Lohnklassen sind nicht gebildet auf Grund des thatsächlichen Jahresverdienstes der Versicherten, sondern werden nach dem dreihundertfachen Betrage des für die Krankenkassenbeiträge massgebenden durchschnittlichen Tagesverdienstes berechnet. Auch die Verwaltung der Invaliditätsversicherungsanstalten knüpft an das ältere Krankenkassengesetz insofern an, als die Mitglieder des Ausschusses durch die Krankenkassenvorstände gewählt werden, und die Krankenkassen bei der Invalidisirung gehört werden sollen, auch darf ihnen die Einziehung der Beiträge und die Ausstellung der Quittungskarten übertragen werden.

Der Anschluss der Invaliditätsversicherung an die Unfallversicherung ist etwas enger. Die Unfälle, welche „bei dem versicherungspflichtigen Betriebe“ sich ereignen, muss die Berufsgenossenschaft entschädigen; alle anderen Unfälle kommen auf Rechnung der Invaliditätsversicherung. Aber auch für Betriebsunfälle hat vorläufig die Invaliditätsversicherung einzutreten, bis die Entschädigungspflicht der betreffenden Berufsgenossenschaft festgestellt ist. Ist letzteres der Fall, so muss die Berufsgenossenschaft ersatzpflichtig gemacht werden. Diese Bestimmung soll den Verletzten möglichst schnell in den Besitz der Rente setzen und verhüten, dass das Rentenverfahren durch die Untersuchung, ob oder in wie weit ein Betriebsunfall vorgelegen hat, zum Nachtheil für den Verletzten verzögert wird.

Personen, die im Genusse einer Unfallrente stehen, sind noch versicherungspflichtig für die Zeit ihrer Lohnarbeit, soweit sie also noch nicht gänzlich erwerbsunfähig sind. Sie können aber auf ihren Antrag hin von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn die Unfallrente den Mindestbetrag der Invalidenrente erreicht. Setzen sie aber ihre

Versicherung fort, so können sie unter Umständen in den gleichzeitigen Genuss der Unfall- und Invaliden- oder Altersrente gelangen. Die Invaliden- und Altersrenten ruhen (d. h. die Rente gelangt zeitweilig nicht zur Auszahlung), solange und soweit der Gesamtbetrag beider Rentenkategorien den Betrag von jährlich 415 M. übersteigt.

Bei der geringen Höhe, welche die Invaliditäts- und Altersrenten vorläufig noch haben, ist eine sichtbare Einwirkung des Gesetzes auf eine Hebung und Besserung der socialen Verhältnisse oder gar auf eine Entlastung der Armenpflege nicht merkbar geworden. Ein Invaliden- oder arbeitsunfähiger Altersrentner ist zur Zeit immer noch auf eine laufende Armenunterstützung angewiesen. Das Eine aber ist schon erreicht worden, die Fürsorge für unsere invaliden Arbeiter hat sich gehoben und gebessert; der Arbeiter, dem früher im Falle der Arbeitsunfähigkeit allein die Armenunterstützung als eine Wohlthat zu Theil wurde, erhält jetzt in erster Linie die ihm auf Grund seiner Prämienbeiträge gesetzlich zukommende Rente und ausserdem, falls letztere nicht zu seinem Lebensunterhalte ausreicht, noch eine Armenunterstützung. Im Laufe der Jahre wird durch die wachsende Höhe der Jahresrente die Armenunterstützung mehr und mehr entbehrlich und damit Staat und Gesellschaft mehr und mehr pekuniär entlastet werden.

Ausser diesen gesetzlich vorgeschriebenen Rentenzahlungen giebt das Gesetz den Versicherungsanstalten noch das Recht für die Versicherten Aufwendungen bezüglich einer geeigneten Krankenfürsorge zu machen. Nach § 12 sind die Versicherungsanstalten befugt, ihren Versicherten in Krankheitsfällen, sofern als Folge der Krankheit Invalidität zu besorgen ist, freie ärztliche Behandlung, Arznei und Anstaltspflege zu gewähren. Man will auf diese Weise durch ein rechtzeitiges Eingreifen den Versicherten vor der drohenden Invalidität bewahren, ihn seinen Angehörigen länger erwerbsfähig erhalten und selbst eine Ersparniss durch Nichtzahlung der Rente machen.

In der ersten Zeit des Bestehens des Gesetzes wurde von dieser Befugniss seitens der Versicherungsanstalten nur ein mässiger Gebrauch gemacht; man schickte einzelne Versicherte, bei denen ein vorzeitiges Eintreten der Invalidität zu befürchten stand, in die Bäder, orthopädischen und heilgymnastischen Anstalten. Mit der grossen Vermögensvermehrung aber, welcher sich die meisten Versicherungsanstalten zu erfreuen hatten, gewann die Krankenfürsorge eine immer grössere Ausdehnung.

So errichtete die Anstalt Berlin im Jahre 1894 ein eigenes Sanatorium in Gütergotz bei Drewitz-Potsdam. Hier werden nur männliche Kranke in Behandlung genommen, bei denen eine länger dauernde Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist. Die Aufnahme geschieht auf Antrag des Versicherten oder seines Arztes an den Vorstand der Anstalt. Dieser lässt ihn durch den dirigirenden Arzt des Sanatoriums in Berlin untersuchen und ordnet bei günstigem Ausfalle der Untersuchung die Ueberführung in das Sanatorium an. Die Aufnahme und die Verpflegung dort erfolgen kostenlos für den Versicherten;

im Bedarfsfalle, d. h. wenn derselbe keine gesetzliche Krankenunterstützung mehr beziehen sollte, wird sogar eine Familienunterstützung im Betrage von 5—10 M. für die Woche gewährt. Die Behandlung in Gütergotz wird bis zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten fortgesetzt; ist diese auf Grund der klinischen Beobachtung nicht mehr möglich, so wird der Patient aus der Anstalt entlassen mit der Empfehlung das Rentenverfahren nunmehr einzuleiten. Lungenkranke sind von der Aufnahme ausgeschlossen; sie werden der Heilanstalt des rothen Kreuzes, Grabowsee bei Oranienburg (nur Männer), und der Heilanstalt von Dr. Weicker in Görbersdorf überwiesen in letzter Zeit auch den Anstalten in Loslau und Andreasberg. Kranke, deren Fürsorge nicht der Versicherungsanstalt Berlin obliegt, also Versicherte anderer Versicherungsanstalten, der Berufsgenossenschaften oder der Eisenbahnkrankenkassen finden unter Umständen gegen eine Entschädigung von 3 M. pro Verpflegungstag ebenfalls Aufnahme in Gütergotz.

Das Sanatorium Gütergotz bietet im Winter Raum für 62, im Sommer durch Aufstellung von drei Döcker'schen Baracken und Belegung zweier Tagesräume für 94 Pflinglinge und ist mit allen modernen therapeutischen Hilfsmitteln, auch Zander'schen Apparaten, ausgerüstet. Bisher haben ca. 1200 Versicherte dort ärztliche Behandlung und Verpflegung genossen; die Kosten für die Verpflegung betragen einschliesslich Diät (1,15—1,20 M.), Miethe, Gehälter, Kleidung, Wäsche, Familienunterstützung etc. durchschnittlich 3,60—3,80 M. pro Verpflegungstag. Das Krankenmaterial besteht hauptsächlich aus Kranken, die an heilbaren chronischen Krankheiten leiden z. B. chronischem Gelenkrheumatismus, chronischen Magengeschwüren und -catarrhen, gutartigen Nervenleiden (Neuralgien und Neurasthenien) etc., und die vielfach bei fehlender oder ungenügender ärztlicher Behandlung in Invalidität und Siechthum zu gerathen pflegen. Die Erfolge der Gütergotz Anstalt sind bisher zufriedenstellende, auch in pekuniärer Beziehung gewesen, so dass man jetzt mit einer Vergrösserung und einem Neubau derselben begonnen hat. Das neue Sanatorium wird in Beelitz errichtet und zwar für eine Zahl von circa 500 Betten. Es besteht aus vier von einander gesonderten Abtheilungen, zwei für Lungenkranke (Männer und Frauen) und zwei für Nichttuberkulöse, wie bisher in Gütergotz, ebenfalls Männer und Frauen. Die einzelnen Abtheilungen werden ebenfalls alles Erforderliche enthalten: Liegehallen, ein medikomechanisches Institut, Einrichtungen für alle Arten von localen und allgemeinen Bädern etc.

Auch andere Versicherungsanstalten haben schon derartige Heilstätten für ihre Versicherten errichtet und zwar hauptsächlich für Lungenkranke, die ja den Hauptprocentsatz der Invalidenrentner bilden.

So besteht in Andreasberg im Harze eine Lungenheilstätte der hanseatischen Versicherungsanstalt, in Königsberg bei Goslar eine solche der Versicherungsanstalt Hannover, in Stiege eine solche der Versicherungsanstalt Braunschweig. Andere Anstalten haben einen Theil ihres Vermögens in Form von Hypotheken zur Gründung und Erhaltung

solcher Volksheilstätten privaten Wohlthätigkeitsvereinigungen zur Verfügung gestellt und sich kontraktlich eine gewisse Anzahl von Betten für ihre Kranken zu einem bestimmten Verpflegungssatze gesichert. Der Aufnahmemodus für diese Anstalten ist im Allgemeinen folgender: Der Versicherte, der sich leidend fühlt, stellt an die Versicherungsanstalt seines Bezirks einen Antrag auf Krankenfürsorge, dem ein ärztliches Attest oder eine kurze ärztliche Bescheinigung beigelegt ist. Nach einer ärztlichen Untersuchung durch den Vertrauensarzt der Anstalt wird er dann, falls er für die Einleitung des Heilverfahrens für geeignet befunden wird, auf Kosten der Anstalt der Heilstätte überwiesen.

Ebenso wichtig, ja vielleicht noch wichtiger, erscheint die Verhütung von Krankheiten, die Prophylaxe. Auch hierin sind schon seitens einzelner Versicherungsanstalten ernste Anläufe gemacht worden. So versendet die hanseatische Versicherungsanstalt seit einigen Jahren an die Krankenkassen und Versicherten ihres Bezirks Flugblätter, welche in kurzen Zügen die Ansteckungs- und Verbreitungsweise der Lungentuberkulose, dieser Geißel des Menschengeschlechts und besonders der Arbeiterbevölkerung, enthalten. Ferner wird in diesen Blättern darauf hingewiesen, wie sich der Gesunde und Kranke durch persönliche Reinlichkeit und ein geeignetes gesundheitsgemässes Verhalten vor den Gefahren dieser Krankheit schützen kann.

Die Berliner Versicherungsanstalt, welche auf die schwere, zu frühzeitiger Invalidität führende Gewerbekrankheit der Maler, die Bleivergiftung mit ihren mannigfachen Folgen, aufmerksam geworden ist, hat an die Maler ihres Versicherungsbezirks durch Vermittelung der Krankenkassen, Arbeitervereine etc. gedruckte, kurz gehaltene Vorschriften erlassen, welche die Interessenten darüber aufklären, wie sie sich persönlich durch Reinlichkeit, Händewaschen und Kleiderwechsel vor der Nahrungsaufnahme, Vermeidung des Rauchens während der Arbeit mit bleihaltigen Farben etc. vor der Bleivergiftung schützen können. Gerade die Prophylaxe der Gewerbekrankheiten ist bisher zu sehr vernachlässigt worden. Die maassgebenden Bestimmungen der Gewerbeordnung sind für den praktischen Gebrauch zu allgemein gehalten und in folgedessen zu leicht zu umgehen. Speziellere Ausführungsbestimmungen sind seitens des Bundesrathes bis jetzt nur für die Bleifarben- und Cigarrenindustrie erlassen worden, der übrige Theil der Gewerbehygiene ist nicht einheitlich geregelt, sondern den Regierungen der einzelnen Staaten, Regierungsbezirke, Kreise und Communen überlassen. So kommt es häufig vor, dass gewissenlose Unternehmer, um lästigen Polizeiverordnungen zu entgehen, einfach in einen anderen Verwaltungsbezirk übersiedeln. Diese fehlende einheitliche Regulirung der Bestimmungen über die Gewerbehygiene wäre eine dankbare Aufgabe der Versicherungsanstalten; sie sind die berufenen Behörden in Verbindung vielleicht mit den Gewerbeinspectionen hier erfolgreich einzugreifen nach dem Vorbilde der Berufsgenossenschaften, welche gerade auf dem Gebiete der Unfallverhütung so Grosses erreicht haben.

Eine weitere gemeinnützige Thätigkeit entfalten die Versicherungsanstalten dadurch, dass sie ihr angesammeltes Capitalvermögen zu einem niedrigen Zinsfuss zur Befriedigung des landwirthschaftlichen Kreditbedürfnisses, für den Bau von Arbeiterwohnungen, für den Bau, die Einrichtung oder Unterstützung von Kranken- und Rekonvalescentenhäusern, der Herbergen zur Heimath, von Volksbädern, Kleinkinderschulen, Spar- und Konsumvereinen und anderen ähnlichen Wohlfahrts-einrichtungen hergeben.

So sind nach den amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes bis zum 31. December 1896 für diese Zwecke 30 809 611 M. verwandt worden.

Trotz aller dieser geschilderten enormen Leistungen hat sich das Gesetz bisher nur wenig Freunde erworben.

Die Ursache dieser auffälligen Erscheinung ist darin zu suchen, dass gerade die beiden interessirten Klassen, die Arbeitgeber und die Versicherten, bisher einerseits viel Belästigungen und Kosten durch das Gesetz gehabt haben, andererseits von den Wohlthaten des Gesetzes nur wenig empfunden haben. Besonders wird seitens der Arbeitgeber Klage geführt über den Zwang bei jeder Lohnzahlung die Marken einkleben zu müssen. Diese Arbeit erfordert in grösseren Betrieben häufig die Einstellung eines oder mehrerer Bureaubeamter. Ferner erwachsen durch die Controle über den Besitz und Umtausch der Quittungskarten Privaten sowohl als auch den beteiligten Behörden vielerlei Unbequemlichkeiten. Der Versicherte wiederum brachte dem Gesetze nur wenig Sympathie entgegen, da er als Hauptthätigkeit desselben die Gewährung der Altersrente ansah und doch nur selten auf die Erreichung des 71. Lebensjahres hoffen zu können glaubte. Die Gewährung der Invalidenrente trat in der ersten Zeit der Gültigkeit des Gesetzes sehr in den Hintergrund, der Nachweis des Rentenanspruches war recht schwierig und erforderte die Nachbeschaffung vielfacher Arbeits- und Krankheitsbescheinigungen, die Festsetzung der Rente erfordert gewöhnlich wieder eine Zeit von mehreren Monaten und schliesslich ist die Rente nur gering und absolut ungenügend für die Bestreitung des Lebensunterhaltes.

Diese thatsächlich bestehenden Misstände sind im Wesentlichen die Folge der complicirten gesetzlichen Grundsätze. Man wollte dem Arbeiter keine Wohlthat, sondern ein gesetzliches Recht auf Rente gewähren. Letztere sollte er selbst je nach der Zahl und Höhe seiner Beiträge zu steigern im Stande sein.

Dieser Gedanke hat zuerst etwas Bestechendes, kann aber vor einer ernsteren Kritik nicht Stand halten. Denn der Umstand, dass die Arbeitgeber die Hälfte der Kosten des Gesetzes, der Staat einen grossen Theil der Rente übernommen hat, ist eine Durchbrechung des Grundsatzes der Selbstversicherung. Ausserdem wird durch die Höhe und die Zahl der Wochenbeiträge des Arbeiters die Rente im Allgemeinen nur wenig erhöht.

Deshalb ist es logischer mit diesen, nun einmal nicht streng durchgeführten Prinzipien zu brechen und für die Zukunft eine, vielleicht

nach bestimmten Lohnklassen abgestufte Einheitsrente festzusetzen, während die Beiträge unter Fortfall des Markensystems und Einzugsverfahrens von den Arbeitgebern in Form einer Steuer nach Lohnprocenten als Zuschlag zu der allgemeinen Einkommensteuer erhoben werden. Die Arbeitgeber können die Hälfte dieser Zuschlagsteuer von ihren Arbeitern einziehen, letztere sichern sich durch die Führung eines Arbeitsoder Quittungsbuches den Nachweis des Rentenanspruches.

Dieses sind in kurzen Zügen die Grundgedanken, welche sich Jedem, der sich mit diesem Gegenstande beschäftigt, unwillkürlich aufdrängen, und die auch thatsächlich in fast allen der vielfachen Reformvorschläge, die seit dem Bestehen des Gesetzes gemacht worden sind, wiederkehren.

So sprach sich für die Einführung der Einheitsrente schon bei der 3. Lesung des Gesetzes im Reichstage Staatssekretär v. Bötticher folgendermaassen aus: „Es ist ganz unzweifelhaft, dass die Einheitsrente die grösste Gewähr für eine verständige Durchführung des Gesetzes in sich birgt.“ Ebenso traten Kulemann, Knobloch und der frühere Präsident des Reichsversicherungsamtes Bödiker für die Einheitsrente ein. Für die Beseitigung des bisherigen Beitragsverfahrens und der Quittungskarten sind Sittel, Kuhlemann, Otto, Knobloch und Boediker, letztere beiden ebenfalls für die Einführung einer Zuschlagssteuer zu den Staats- und Gemeindeabgaben. Für denjenigen, der sich näher für alle bisher gemachten Reformvorschläge interessirt, sei hier auf die Schrift von Zeller: „Die Vereinfachung und Verschmelzung der Arbeiterversicherung (Verlag von Eugen Baumgartner, Strassburg i. E.)“ hingewiesen.

Am 4.—9. November 1895 tagte im Reichsamt des Inneren eine Konferenz über die Revision der Arbeiterversicherungsgesetze. Zu einem Endresultate gelangte diese Versammlung nicht; die Verhandlungen hatten jedoch die Ausarbeitung eines Entwurfes zur Abänderung des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes im Reichsamt des Inneren zur Folge. Dieser Entwurf wurde am 2. September 1896 veröffentlicht und erweckte einen allgemeinen Sturm der Entrüstung bei den mit der Ausführung des Gesetzes bisher betrauten Behörden wegen der geplanten Beschränkung der Selbständigkeit der Versicherungsanstalten, der Erweiterung der Befugnisse des Staatskommissars, der Bildung von Sektionen, der Verschlechterung der Beitragseinziehung und der ungerechten Vertheilung der Rentenlast auf die Gesammtheit der Versicherungsanstalten. Dieser Entrüstung wurde in einer Versammlung zu Kassel öffentlich Ausdruck gegeben. Darauf wurde der Entwurf vom Bundesrathe wesentlich modificirt: der Begriff der Erwerbsunfähigkeit wurde vereinfacht, die Wartezeit auf 200 Beitragswochen gekürzt, für nicht dauernd Erwerbsunfähige schon nach 26 Wochen die Rente gewährt, die Rente selbst durch Steigerung der Grundrente erhöht, eine 5. Lohnklasse geschaffen.

Das Vermögen der einzelnen Versicherungsanstalten soll in $\frac{3}{5}$ und

$\frac{2}{5}$ getheilt werden; mit ersterem Theile will man die allen Anstalten gemeinsamen Rentenlasten bestreiten, die letzteren zwei Fünftel sollen ihnen als Eigenthum zu ihrer Verfügung bleiben. Ferner soll die Verwaltung der Anstalten durch Einsetzung örtlicher Rentenstellen, die besonders die Rentenfestsetzung und -entziehung, die Beitrags-einziehung und ihre Controle handhaben sollen, decentralisirt und vereinfacht werden. Die jetzige Ueberlastung der mit diesen Geschäften betrauten Communalbehörden, das bureaukratische Wesen der Centralbehörden lässt diese Aenderung empfehlenswerth erscheinen. Auch soll das Recht der Versicherungsanstalten zur Uebernahme des Heilverfahrens für ihre erkrankten Versicherten eine grössere Erweiterung erfahren.

Dieser Gesetzentwurf liegt vorläufig dem Reichstage vor. Wie man aus Obigem ersieht, enthält er vielfache Verbesserungen und Vereinfachungen jedoch keine grundlegende Reform, wie sie oben als dringend nothwendig hingestellt ist.

Letztere kann nur eine Frage der Zeit sein und wird dann voraussichtlich im Sinne der Einheitsrente und der Einziehung der Beiträge in der Form der Zuschlagssteuer entschieden werden. Die diesbezüglichen Vorschläge werden sogar vom Reichsamt des Innern als die wichtigsten anerkannt, wie man schon aus den sehr ausführlichen Widerlegungsversuchen, deren sie seitens dieser Behörde gewürdigt werden, ersehen kann.

Eine Vereinfachung und Reform des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes ist der erste Schritt zu der Vereinfachung und Vereinigung aller drei Arbeiterversicherungsgesetze. Ist diese erfolgt, so hat das Deutsche Reich die Ehre das Beste und Vollendetste geleistet zu haben, was in Vergangenheit und Zukunft jemals auf gesetzgeberischem Gebiete geschehen ist und geschehen wird.

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

1. Anhang.

Für Bergarbeiter.

Von

Dr. **Mende** in Gottesberg (Schlesien).

Die Krankenfürsorge für Bergarbeiter wurde schon zu einer verhältnissmässig frühen Zeit innerhalb der Deutschen Lande gesetzlich geregelt. Schon im Jahre 1300 und 1359 finden sich dahingehende Verordnungen in der Kuttenger und Rammelsberger Bergordnung¹⁾.

In der Nassau-Catzenelnbogischen Bergordnung vom Jahre 1559 lautet der 65. Artikel²⁾: „Und so ein Arbeiter in der Gruben, oder an anderer Gewercken Arbeit, an Gliedmass, Arm oder Bein brechen, oder dergleichen Schaden nimpt, so soll demselben Arbeiter vier Wochen sein Lohn und das Arzt-Geld entrichtet werden.“ Aehnlich lautet der 2. Artikel der Churtrierschen Bergordnung vom Jahre 1564 und der 83. Artikel der Hennebergischen Bergordnung.

Beinahe an moderne Verhältnisse erinnert die Churkölnische Bergordnung vom Jahre 1669³⁾. Nachdem sie im VII. Teil, Artikel 34 angeordnet, dass ein in der Grube verletzter Bergmann sofort zum Arzte zu bringen und bei diesem auf Kosten der Gewerkschaft zu behandeln ist, bestimmt sie im Art. 36, dass ihm während der Krankheitsdauer der halbe Wochenlohn „auf der Zechen, da er den Schaden genohmen, geschrieben und gefolget werde; solte sich dann begeben, dass ein armer Patient an seinen Gliedmassen also verletzt und keine Hoffnung, dass er sich selbst, noch den armen seinigen ihr Stück Brod erwerben, sondern im Elend sein Leben zubringen müsste, soll ihme, wen der Chir-

1) Simons, Das deutsche Knappschaftswesen. Mainz 1895. S. 3.

2) Brassert, Bergordnungen der Preussischen Lande. Cöln 1858.

3) Brassert, l. c. S. 623.

urgus nichts mehr mit seiner Kunst oder Cur an ihm vorzügliches schaffen kan, eine wöchentliche Steuer aus der Knappschaft im Bergamt verordnet werden, und dagegen auf den Zeehen der Lohn ferner schreiben zu lassen cessiren.

Wan aber ein Bergmann einen Schaden bekäme und er solchen nit zu rechter Zeit kuriren lassen, da ihme mit geringen Mitteln und in kurtzer Zeit wiederumb vorzukommen, wovon Bergmeister und Geschworene nichts wissen, dass es in der Gruben oder Unser und der Gewercken Arbeit sonsten geschehen, dem soll kein Arztlohn noch Gnadengelt von der Zeehen und Knappschaft zu statten kommen.“

Allerdings beziehen sich diese Bestimmungen zunächst nur auf Verletzungen, die der Bergmann bei Ausübung seiner Berufsthätigkeit erleidet, wogegen anderweite Erkrankungen und die daraus hervorgehende Erwerbsunfähigkeit keine gesetzliche Berücksichtigung finden. Die Knappschaft, die hier zum ersten Male Erwähnung findet und die recht eigentlich der Krankenfürsorge der Bergleute ihr charakteristisches Gepräge verliehen hat, ist eine in ihren Anfängen auf frühe Zeiten zurückführende Kasse. Ihre ersten Spuren hat man zu suchen in dem althergebrachten Brauch der Bergknappen, bei Erkrankungen, Unglücks- oder Todesfällen ihrer Kameraden Beiträge unter sich zu sammeln, behufs Unterstützung ihrer Arbeitsgenossen oder deren Hinterbliebenen.

Die hohe Gefährlichkeit des Berufes und die besonderen durch denselben begünstigten oder hervorgerufenen Erkrankungen haben frühzeitig zu einem engen Zusammenschluss geführt, der den Zweck gegenseitiger Unterstützung befolgte und der auch, nachdem man seine wirthschaftliche Bedeutung erkannt hatte, durch Unterstützungen und Privilegien von Gewerken und Landesherrn Förderung erfuhr. Zu diesen Begünstigungen, die den in den Knappschaften vereinigten Bergleuten zu Theil wurden, gehörten in erster Linie die Befreiung der Knappschaftsgenossen vom Soldatenstande, ferner die eigene Gerichtsbarkeit und schliesslich die persönliche Freiheit und Unabhängigkeit¹⁾; von besonderer Bedeutung für die Hebung und Entwicklung der Knappschaft war ferner die Befreiung der Mitglieder von den indirecten Steuern.

Die Beiträge wurden in frühester Zeit freiwillig erlegt²⁾; später erfolgten sie bestimmungsgemäss als wöchentlicher Abzug vom Lohn. Ausserdem aber flossen der Knappschaftskasse noch gewisse Antheile aus der Bergwerksausbeute zu, die „Knappschaftskuxe“, und nach Caput LXXVII § 4 der von Friedrich dem Grossen revidirten Bergordnung für das Herzogthum Cleve, das Fürstenthum Meuss und die Grafschaft Merck vom 29. April 1766 auch die Strafgeder. Die Knappschaftskasse zahlte aber auch jetzt noch bei Erkrankungen oder Verletzungen nur die Kurkosten, wogegen die Gewerkschaft den Kranken-

1) Simons, l. c.

2) Vergleiche den 12. Artikel der Churtrierschen Bergordnung bei Brassert. S. 149 oder den 87. Artikel der Joachimsthaler Bergordnung.

lohn zu entrichten hatte, der nach der oben angeführten Cleve'schen Bergordnung in dem gewöhnlichen Wochenlohn bestand, der, wenn die Zeche in Ausbeute stand, 8 Wochen, sonst 4 Wochen lang gezahlt werden musste, „wenn anders die Krankheit oder Cur so lange anhalten und der Arbeiter nicht ehender wieder an die Arbeit gehen konnte“. Als ein besonderer Fortschritt in der Cleve'schen und der im Jahre 1769 erschienenen Schlesischen Bergordnung Friedrich des Grossen darf es bezeichnet werden, dass sich diese Bergordnungen der Erkrankten und dadurch Arbeits- und Erwerbsunfähigen in derselben Weise annahmen, wie der durch einen Betriebsunfall am Erwerbe gehinderten Bergleute. Aus diesen Bergordnungen heraus fanden diese Bestimmungen schliesslich Eingang auch im Allgemeinen Landrecht (Theil II, Titel 16, Abschnitt IV § 134 und §§ 214—220).

Jede Gewerkschaft hatte hiernach zwei Kuxe für die Knappschafts- und Armenkasse frei zu bauen und die Bergwerkseigenthümer waren verpflichtet, sich der in ihren Diensten erkrankten, oder beschädigten Bergleute anzunehmen (§ 214). Einem solchen Arbeiter musste in Ermangelung besonderer Vorschriften der Provinzialgesetze, sein Lohn von einer Zubusszeche, sowie von einer Freibau- oder Verlag erstattenden Zeche auf 4 Wochen, und bei einer Ausbeutezeche auf 8 Wochen gereicht werden (§ 215). Bei länger dauernder Krankheit fiel die Verpflegung des kranken oder beschädigten Bergmanns der Knappschaftskasse zur Last (§ 216). Die Kur- und Begräbnisskosten mussten aus der Knappschaftskasse bestritten werden. Diese Bestimmungen gelten jedoch nur für die rechtsrheinisch gelegenen Preussischen Landestheile; in den linksrheinischen Gebieten galt die Französische Berggesetzgebung. Dieselbe unterschied sich sehr wesentlich von der Preussischen. König Heinrich IV. hatte sich offenbar an den Deutschen Verhältnissen, wenngleich in beschränktem Grade, ein Muster genommen¹⁾ und in einem Edict vom Juni 1601 die Bergbehörden organisirt. Ein Dreissigstel des Reinertrages sollte zu einer besonderen Kasse genommen werden, um Priester zum Lesen der Messe und geistlichen Troste der Bergleute anzuwerben, sowie einen Chirurgus zu besolden, Medikamente anzuschaffen und die bei der Arbeit Verunglückten zu unterstützen. Diese Einrichtung scheint aber in Frankreich nicht haben Wurzel fassen können, denn Ludwig XV. hob dieselbe in einem Edict vom September 1719 wieder auf, legte jedoch den Bergwerkbetreibenden die Verpflichtung auf, für das leibliche und geistige Wohl der Arbeiter Sorge zu tragen. Erst Napoleon I. schrieb durch das Berg-Polizei-Decret vom 3. Januar 1813 (Art. 15, 16, 17) wieder vor, dass auf den Bergwerken die nöthigen Medikamente bereit gehalten und nach Gelegenheit der Umstände Chirurgen angestellt werden sollten.

Nachdem in Preussen durch das Gesetz „über die Besteuerung der

¹⁾ Achenbach, Das französische Bergrecht. Bonn 1869. S. 35.

Bergwerke¹⁾ vom 12. Mai 1851 und „über die Verhältnisse der Mit-eigenthümer eines Bergwerks“ der Betrieb der Gruben der engen Bevormundung der Bergämter entzogen und die Autonomie der Gewerkschaft hergestellt, deren weitere Consequenz die Selbstverwaltung der Knappschaftskassen durch die Werksbesitzer war, wurde unter dem 10. April 1854 das Gesetz, betreffend die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften für den ganzen Umfang der Monarchie, das sogenannte „Knappschaftsgesetz“, erlassen. Dieses Gesetz bezweckte zunächst, die bewährten Bestimmungen der Knappschaft zu belassen, sie zu befestigen, weiter zu verbreiten und für den ganzen Preussischen Staat einheitlich zu regeln. Im Gegensatz zu dem Gesetz, betreffend die gewerblichen Unterstützungskassen vom 3. April 1854, welches die Einrichtung solcher Kassen der freien Entschliessung der Betheiligten überliess, machte das Knappschaftsgesetz die Vereinigung der Arbeiter obligatorisch und bestimmte, „um diesem, besonderen Gefahren und Anstrengungen ausgesetzten Theile der Staatsangehörigen eine gesicherte Existenz zu gewähren“, dass freie Kur und Arznei für die eigene Person des Arbeiters, entsprechender Krankenlohn, während der Dauer der ohne eigenes grobes Verschulden entstandenen Krankheit, lebenslängliche Invalidenunterstützung, ein Beitrag zu den Begräbnisskosten, sowie Unterstützung der Wittwen und Waisen bis zur Wieder-verheirathung beziehungsweise dem zurückgelegten 14. Lebensjahr als zu gewährende Mindestleistung gelten solle.

Das „Allgemeine Berggesetz“²⁾ vom 24. Juni 1865, welches heute noch für den Bergbau Geltung hat, behandelt im Titel VII §§ 165—186 die Verhältnisse der Knappschaft. Nach § 171 waren die Leistungen, welche jeder Knappschaftsverein nach näherer Bestimmung des Statuts seinen vollberechtigten Mitgliedern zu gewähren hatte, folgende:

1. In Krankheitsfällen eines Knappschaftsgenossen freie Kur und Arznei für seine Person.
 2. Ein entsprechender Krankenlohn bei einer ohne grobes Verschulden entstandenen Krankheit.
 3. Ein Beitrag zu den Begräbnisskosten der Mitglieder und Invaliden.
 4. Eine lebenslängliche Invalidenunterstützung bei einer ohne grobes Verschulden eingetretenen Arbeitsunfähigkeit.
 5. Eine Unterstützung der Wittwen auf Lebenszeit, beziehungsweise bis zur etwaigen Wiederverheirathung.
 6. Eine Unterstützung zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Invaliden bis nach zurückgelegtem 14. Lebensjahre.
- Für die Mitglieder der am wenigsten begünstigten Klasse, die so-

¹⁾ Simons, l. c. S. 7.

²⁾ Arndt, Das allgemeine Berggesetz für die Preussischen Staaten. Halle a. S. 1885. S. 181.

genannten Minderberechtigten, waren nach dem allgemeinen Berggesetz mindestens freie Kur und Arznei für die eigene Person und ein entsprechender Krankenlohn bei einer ohne grobes Verschulden entstandenen Krankheit, sowie, wenn sie bei der Arbeit verunglückten, ein Beitrag zu den Begräbnisskosten bei ihrem Tode, oder eine lebenslängliche Invalidenunterstützung bei einer ohne ihr grobes Verschulden eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

Im Uebrigen wurde durch dieses Gesetz die Stellung der Knappschaftsvereine noch selbständiger und freier als zuvor. Die Aufstellung des Statuts für neu zu gründende Knappschaftsvereine wird den Beteiligten überlassen, und nur die amtliche Bestätigung vorbehalten; „den Vorständen ist die Leitung der Wahl der Knappschaftsältesten, die Annahme der Beamten und Aerzte des Vereins, die Abschliessung der Verträge mit denselben und mit den Apothekern, der Erlass der Dienstinstruction etc. selbständig überlassen, desgleichen den Vorständen, ohne regelmässige Mitwirkung der Behörde, die Revision und Dechargirung der Vereinsrechnungen zugewiesen und andererseits das Aufsichtsrecht des Staates dahin präcisirt, dass die Bergbehörde die Beobachtung der Statuten und namentlich die statutenmässige Verwaltung des Vereinsvermögens zu überwachen hat.“ Wesentlich ist ferner, dass durch dieses Gesetz die Hüttenarbeiter nicht mehr dem Knappschaftszwange unterworfen waren, und dass die Besitzer und Arbeiter der Hüttenwerke und der dem Berggesetze nicht unterstellten Aufbereitungsanstalten, welche bereits einem Knappschaftsvereine angehörten, auf ihren gemeinschaftlichen Antrag aus dem Verein ausscheiden konnten. Die meisten Deutschen Staaten führten das Preussische „allgemeine Bergrecht“ bei sich ein, wengleich mit Aenderungen und Abweichungen und verhältnissmässig langsam und spät, so beispielsweise Anhalt erst im Jahre 1876. Im Königreich Sachsen¹⁾ ist das Knappschaftswesen durch Landesgesetz vom 2. April 1884 neu geregelt worden, in Baden dagegen blieb das Knappschaftswesen ohne landesgesetzliche Regelung.

Auch im Auslande, besonders in Frankreich und Belgien, begann allmählig die Aufmerksamkeit sich auf die Deutschen Verhältnisse zu richten, und es entstanden ähnliche Vereinigungen, wie die Deutschen Knappschaftsvereine mit Bestimmungen über die Krankenfürsorge, wie sie ungefähr im § 172 des allgemeinen Berggesetzes enthalten sind²⁾. Ausserordentliche Unglücksfälle im Departement de l'Ourte riefen das Kaiserliche Decret vom 26. Mai 1812 über die Bildung einer Caisse de prévoyance (Invaliden- und Wittwenpensionskasse) für die Kohlenbergleute jener Departements hervor. Als in Belgien am 22. Juni 1838 und 8. April 1839 auf der Grube Espérance bei Seraing 60 Bergleute und auf der Grube Horloz bei St. Nicolas 55 Bergleute ihren Tod fanden,

1) Simons, l. c. S. 8.

2) Achenbach, l. c. S. 295.

entwarf die Belgische Regierung ein Knappschaftsstatut (un projet de statuts pour la caisse de prévoyance) für die Provinz Lüttich; sie liess dasselbe von den Bergwerksbesitzern berathen und unterwarf es am 24. Juni 1839 unter Gewährung eines Staatszuschusses der Königlichen Sanction. Ausser dieser Kasse für die Provinz Lüttich sind am 1. December 1839 die Statuten der gleichen Kasse für Namur, am 30. December 1840 für das Arrondissement Mons, am 31. December 1840 für das Arrondissement Charleroy, am 30. September 1841 für Hainaut (Caisse du Centre), am 27. Januar 1844 für Luxembourg, am 6. September 1856 für die Steinbrüche in der Provinz Hainaut durch Königliche Decrete bestätigt worden. Obgleich bei Einrichtung dieser Kassen ein Beitrittszwang nicht bestand, wurde dennoch in allen Concessions-Urkunden seit dem Jahre 1840 den Concessionären die Verpflichtung auferlegt, der vom Könige bestätigten Caisse de prévoyance beizutreten. Trotzdem ist es den angegebenen Kassen nicht gelungen, die Rechte juristischer Personen zu erlangen, wie dies in Deutschland der Fall ist, wo die Knappschaftsvereine mit der Bestätigung ihrer Satzungen durch das Oberbergamt diese Eigenschaft erhalten. Ausserdem sind die Bestimmungen der Belgischen Caisse de prévoyance weit beschränkter, als die der Knappschaftsvereine, indem die Pensionen nicht an invalide Bergleute überhaupt, sondern nur an Unfallsinvaliden, d. h. an solche entrichtet werden, welche bei der Arbeit durch Verunglückungen arbeitsunfähig werden. Ebenso werden die hinterbliebenen Wittwen, Eltern, Grosseltern und Kinder, nur dann regelmässig unterstützt, wenn der Tod des Ernährers bei der Betriebsarbeit erfolgt ist.

Die deutschen Knappschaftsvereine gingen allmählig, behufs gemeinsamer Regelung und Vertretung der gleichen Interessen, eine Vereinigung ein¹⁾ und bildeten den allgemeinen Deutschen Knappschaftsverband mit dem Vorort in Aachen. Die erste Veranlassung zu dieser Bildung war ein Erlass des Preussischen Ministers für Handel, Gewerbe und öffentliche Arbeiten vom 25. Februar 1870, in welchem er eine weitere Vervollkommnung der bestehenden Knappschaftseinrichtungen und eine entsprechende Reform der Knappschaftsstatuten beabsichtigte. Dies führte zunächst zu einem Verbands der Knappschaftsvorstände im Oberamtsbezirk Bonn, woselbst nicht weniger als 48 (jetzt 43) kleinere Vereine bestanden. Als dann im Jahre 1882 der socialpolitische Gesetzentwurf dem Reichstage vorgelegt werden sollte, wurden von dem Bonner Verband Vertreter der sämmtlichen Deutschen Knappschaftsvereine nach Berlin berufen, welche am 7. und 8. Juni 1882 die ersten gemeinsamen Sitzungen hatten. Die eingehenden Verhandlungen in diesem Verbands, das reiche statistische Material der Knappschaftsvereine und die langjährige Erfahrung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, die diesem Verbands zur Verfügung standen, waren gewiss nicht ohne Einfluss auf die Gestaltung der Arbeiterversicherungsgesetze.

¹⁾ Simons, l. c. S. 13.

Das Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 erstrebte, wie in den Motiven S. 44 bemerkt ist, in die Verhältnisse der Knappschaftskassen nicht weiter einzugreifen, als erforderlich war, um ihren Mitgliedern dasselbe Maass der Krankenunterstützung zu sichern, welches den Mitgliedern der auf Grund dieses Gesetzes errichteten Krankenkassen gewährt wurde. Die Knappschaftskassen hatten also mindestens freie Cur und Arznei (§§ 6 und 7), Sterbegeld (§ 20) und als Krankengeld die Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter (§ 20, Absatz 1 und 2) zu gewähren, Forderungen, denen die Knappschaftskassen mit wenigen Ausnahmen schon vorher nachgekommen waren und die sie, wie bekannt, grösstentheils, z. B. bezüglich der Krankengelder übertrafen.

Von einschneidender Bedeutung für das Knappschaftswesen war das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889, in Kraft getreten am 1. Januar 1891. In diesem Gesetze sind keinerlei Bestimmungen enthalten, die auf die Knappschaftskassen Bezug oder Rücksicht nehmen; es sind auch keinerlei Bedingungen festgestellt, unter denen die Knappschaftskassen als Trägerinnen dieser Versicherung gelten könnten; vielmehr ist es dem Entscheid des Bundesrathes überlassen zu bestimmen, welche Kasseneinrichtungen den im Gesetz gestellten Anforderungen entsprechen.

Auf Antrag der Betheiligten hat der Bundesrath bisher nur 4 Anstalten bezeichnet, die diesen Anforderungen entsprechen und als solche anerkannt:

1. die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse zu Halle a. S.;
2. die Knappschaftskasse des Saarbrücker Knappschaftsvereins zu St. Johann;
3. die allgemeine Knappschaftspensionskasse für das Königreich Sachsen in Freiburg i. S.;
4. den allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum.

Noch tiefer als dieses Gesetz greift das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, welches am 1. October 1885 in Kraft trat, in die althergebrachten Einrichtungen der Knappschaft. Während nach dem allgemeinen Berggesetz ein Unterschied zwischen Erkrankung und Verletzung nur insofern der Kasse gegenüber bestand, als für die Mitglieder der wenigst begünstigten Klasse, die sogenannten Minderberechtigten oder deren Hinterbliebenen, wie oben gesagt, im Falle einer Verunglückung im Betriebe eine Rente gezahlt wurde, wogegen dieselbe bei einer natürlichen Erkrankung oder Todesfall wegfiel, bringt dieses Gesetz, gerade dadurch, dass es alle in Folge Betriebsunfalls entstehenden Erkrankungen und Schädigungen von der Knappschaftskasse ablöst, einen bedeutsamen Spalt in das ursprüngliche einheitliche Gefüge.

Der Vorläufer des Unfallversicherungsgesetzes war das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871. Nach diesem Gesetz haftet¹⁾ „der Betriebs-

1) Engels, Preussisches Bergrecht. Leipzig 1894.

unternehmer für jedes Verschulden irgend einer Person, welche zwischen ihm und dem Verunglückten steht, also eines Bevollmächtigten, Repräsentanten, Vorarbeiters, jedes Arbeiters, dem irgend eine Aufsicht übertragen ist; ferner wenn er es unterlässt diejenigen Einrichtungen herzustellen und zu unterhalten, welche bei der besonderen Beschaffenheit des Betriebs zur thunlichsten Sicherheit gegen Gefahr für Leben und Gesundheit nothwendig sind.⁴ Der Verunglückte oder dessen Hinterbliebenen haben jedoch dieses Verschulden des Betriebsunternehmers zu beweisen. Bei Körperverletzungen besteht der Ersatz in der Erstattung der Heilkosten und des durch die Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung zugefügten Vermögensnachteils; im Fall des Todes sind zu ersetzen: 1. die Kosten der versuchten Heilung und der Beerdigung; 2. der bis zum Tode durch die verminderte oder aufgehobene Fähigkeit zum Erwerbe erwachsene Schaden; 3. die Gewährung des Unterhalts an diejenigen, zu deren Unterhaltung der Getödtete verpflichtet war.

Das Haftpflichtgesetz leistet also dem Verunglückten oder seinen Hinterbliebenen, wenn dem Unternehmer oder seinen Aufsichtsbeamten ein Verschulden nachgewiesen werden kann, vollen Schadenersatz; da dieses Verschulden jedoch in jedem Falle gerichtlich zu beweisen ist, so wird dadurch der Arbeiter zur Processführung genöthigt und seine Zukunft von den Wechselfällen eines Rechtsstreites abhängig gemacht. Ausserdem bleibt die Hülfe, die das Haftpflichtgesetz dem Arbeiter bringen soll, unzulänglich, denn dasselbe berücksichtigt nicht die vielen zufälligen und ohne eigenes und fremdes Verschulden hervorgerufenen Unglücksfälle. Diesen Uebelständen gewährt das Unfallversicherungsgesetz Abhülfe, indem es Entschädigung in allen Fällen gewährt, es sei denn, dass der Unfall durch eigenen Vorsatz des Verunglückten herbeigeführt ist; den vollen Schadenersatz, wie das Haftpflichtgesetz, gewährt es jedoch nur dann, wenn der Unfall durch Vorsatz des Unternehmers, Bevollmächtigten, Repräsentanten, Betriebs- und Arbeitsaufsehers herbeigeführt und dies zuvor durch strafrechtliches Urtheil festgestellt ist (§ 95).

Die Kosten der Versicherten werden von den Betriebsunternehmern allein getragen, die zu Berufsgenossenschaften vereinigt sind. Nachdem sich die Knappschaftsvorstände für die Bildung der vom Gesetze zugelassenen Knappschafts-Berufsgenossenschaften ausgesprochen hatten, ist von der grossen Mehrzahl der Betriebsunternehmer die Bildung einer einzigen Knappschafts-Berufsgenossenschaft für das Deutsche Reich beschlossen und von dem Bundesrathe genehmigt worden. Sie umfasst alle Betriebe, welche landesgesetzlich bestehenden Knappschaftsvereinen zugehören, ausser den Eisenhochöfen, Eisen- und Stahl-, Frisch- und Streckwerken, Eisengiessereien, Schwarz- und Weissblechfabriken; ihre Mitglieder sind aber die Betriebsunternehmer, welche für alle im Betrieb beschäftigten Arbeiter ohne Weiteres Collectiv-Versicherung üben, während in den Knappschaften die Arbeiter die Mitglieder sind, soweit dieselben mit Namen in die Knappschaftsrolle eingetragen sind.

Die Organe der Knappschafts-Berufsgenossenschaft sind: 1. die Genossenschaftsversammlung (bestehend aus Delegirten der Sectionen, ein Delegirter auf 5000 Versicherte); 2. der Genossenschaftsvorstand (bestehend aus 16 Mitgliedern, von der Genossenschaftsversammlung gewählt auf 6 Jahre); 3. die Sectionenversammlung (bestehend aus sämtlichen Mitgliedern der Section); 4. der Sectionsvorstand (aus mindestens 3 Mitgliedern, gewählt von der Sectionenversammlung).

5. Die Vertrauensmänner und die Beauftragten.

Der von der Berufsgenossenschaft geleistete Schadenersatz soll bei Verletzung bestehen: 1. in den Kosten des Heilverfahrens, welche vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls entstehen; 2. in einer dem Verletzten vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls an für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Rente (§ 5).

Im Falle der Tödtung: 1. als Ersatz der Beerdigungskosten das 20 fache des durchschnittlichen Arbeitstagesverdienstes, jedoch mindestens 30 Mk.; 2. in einer den Hinterbliebenen des Getödteten vom Todestage an zu gewährenden Rente (§ 6).

Für jede Section der Berufsgenossenschaft besteht ein Schiedsgericht, das durch einen öffentlichen Beamten als Vorsitzenden, zwei Betriebsunternehmer und zwei Arbeiter gebildet wird.

Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts geht binnen 4 Wochen der Recurs an das Reichsversicherungsamt, dessen Vorsitzender und 2 ständige Mitglieder vom Kaiser ernannt, 4 nichtständige vom Bundesrath, je 2 von den Genossenschaftsvorständen und den Arbeitervertretungen auf 4 Jahre gewählt werden.

Von den übrigen Berufsgenossenschaften unterscheidet sich die Knappschafts-Berufsgenossenschaft dadurch, dass:

1. Entschädigungsbeträge auch über 50 pCt. hinaus von derjenigen Section zu tragen sind, in deren Bezirk die Unfälle eingetreten sind;
2. dass den Knappschaftsältesten die Functionen der im § 41 bezeichneten Vertreter der Arbeiter übertragen werden;
3. dass die Auszahlung von Entschädigungen durch die Knappschaftskasse geschieht.

Das Statut der Knappschafts-Berufsgenossenschaft¹⁾ ist unter dem 9. Juli 1885 vom Reichsversicherungsamt genehmigt, der Sitz der Berufsgenossenschaft ist in Berlin und das Organ derselben der „Kompass“.

Sie ist in 8 Sectionen getheilt:

- I. Section. Oberbergamtsbezirk Bonn (ausser Hohenzollern), Sitz Bonn mit Waldeck, Pyrmont, Birkenfeld, Herzogthum Hessen und Elsass-Lothringen.
- II. Section. Oberbergamtsbezirk Dortmund, Sitz Bochum.

¹⁾ Engels, l. c. S. 132. .

- III. Section. Oberbergamtsbezirk Clausthal, Grafschaft Stolberg, Wernigerode, Oldenburg (ausser Birkenfeld), Braunschweig, beide Lippe, Bremen, Hamburg, Lübeck; Sitz Clausthal.
- IV. Section. Oberbergamtsbezirk Halle a. S. (ausser Grafschaft Wernigerode), Regierungsbezirk Bromberg, beide Mecklenburg, Anhalt, Sachsen-Weimar, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Coburg-Gotha, Sachsen-Altenburg, beide Schwarzburg, beide Reuss; Sitz Halle a. S.
- V. Section. Oberbergamtsbezirk Breslau, Regierungsbezirk Liegnitz, Posen, Ost- und Westpreussen; Sitz Waldenburg in Schlesien.
- VI. Section. Regierungsbezirk Oppeln; Sitz Tarnowitz;
- VII. Section. Königreich Sachsen; Sitz Dresden.
- VIII. Section. Bayern, Württemberg, Hohenzollern, Baden; Sitz München.

Während auf diese Weise die wirthschaftliche Sicherstellung der Bergleute gegen die Folgen der Betriebsunfälle von der Knappschaft durch die Knappschafts-Berufsgenossenschaft im Wesentlichen abgetrennt ist, gewährt, Dank den besonderen Bestimmungen der Knappschaft diese den Invaliden überhaupt, also auch den Unfallinvaliden noch verschiedene Wohlthaten¹⁾. So: 1. freie Cur und Arznei, nachdem das in Folge des Betriebsunfalls nothwendige Heilverfahren beendet ist; ferner 2. schliessliche völlige Pensionirung der Unfallinvaliden, die in Folge theilweiser Erwerbsunfähigkeit nach dem Maasse der verbliebenen Erwerbsfähigkeit entschädigt wurden; 3. Pension für die Witwen und Waisen der Unfallinvaliden, welche später eines natürlichen, nicht durch einen Unfall veranlassten Todes starben und bei einzelnen Knappschaften 4. Kindergelder auch bei Lebzeiten der Invaliden; schliesslich 5. auch Sterbegeld für die Unfallinvaliden, die eines natürlichen Todes sterben.

Was nun die Verfassung und Verwaltung der Knappschaftsvereine betrifft, so regelt sich diese nach den §§ 178 ff. des allgemeinen Berggesetzes (24. Juni 65). Die Verwaltung eines jeden Knappschaftsvereins erfolgt unter Betheiligung von Knappschaftsältesten durch einen (von der Generalversammlung gewählten) Knappschaftsvorstand (§ 178). Die Knappschaftsältesten werden von den zum Vereine gehörigen Arbeitern und Beamten in einer durch das Statut bestimmten Zahl aus ihrer Mitte gewählt; sie vertreten die Mitglieder bei der Wahl des Vorstandes und haben das Recht und die Pflicht einerseits die Befolgung des Statuts durch die Mitglieder zu überwachen und andererseits die Rechte der letzteren gegenüber dem Vorstande wahrzunehmen (§ 179). Die Mitglieder des Knappschaftsvorstandes werden nach näherer Bestimmung des Statuts zur einen Hälfte von den Werksbesitzern, beziehungsweise von den Repräsentanten und zur anderen Hälfte von den Knappschaftsältesten je

¹⁾ Simons, S. 12.

aus ihrer Mitte oder aus der Zahl der Königlichen oder Privat-Bergbeamten gewählt (§ 180).

Der Knappschaftsvorstand vertritt den Verein nach Aussen, leitet die Wahlen der Knappschaftsältesten, erwählt die Beamten und Aerzte des Vereins, schliesst die Verträge mit denselben und den Apotheken ab, erlässt die erforderlichen Instructionen, verwaltet das Vermögen des Vereins und besorgt alle übrigen, ihm durch das Statut übertragenen Geschäfte. Die Oberbergämter haben das Aufsichtsrecht und überwachen die Beobachtung des Statuts und die Verwaltung des Vermögens durch einen Commissar (§§ 183—184).

Der Knappschaftsvorstand ist jederzeit verpflichtet dem Oberbergamte und dessen Commissar auf Verlangen Einsicht der über seine Verhandlungen zu führenden Protokolle, der Kassenbücher und der gelegten Rechnungen, sowie die Revision der Kasse zu gestatten (§ 185).

Die Statuten der einzelnen Knappschaftsvereine weichen in nur wenigen Punkten von einander ab; die hauptsächlichsten Bestimmungen derselben sind folgende¹⁾: Die Vereinsmitglieder unterscheidet man in active und inactive Mitglieder (Invalide); die activen werden in ständige oder vollberechtigte und unständige oder minderberechtigte eingetheilt und auch diese werden gewöhnlich noch in verschiedene Gruppen, in voll- und minderberechtigte I. und II. Klasse gesondert. Die Minderberechtigten der ersten Klasse (alle Minderberechtigten mit Ausnahme der jugendlichen und weiblichen Arbeiter, welche die II. Klasse der Minderberechtigten ausmachen) sind verpflichtet nach einer gewissen Zeit, die bei den verschiedenen Knappschaftsvereinen verschieden lang bemessen ist, sich zur Aufnahme unter die Vollberechtigten zu melden, vorausgesetzt, dass sie das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Sie haben nur dann Anspruch zur Aufnahme unter die Vollberechtigten, wenn sie durch knappschaftsärztliches Zeugnis nachweisen, dass sie gesund, zur Werksarbeit tauglich und frei von solchen Krankheitsanlagen sind, welche einen frühen Tod oder vorzeitige Arbeitsunfähigkeit erwarten lassen. Epilepsie und Geisteskrankheit schliessen die Aufnahme unter die Vollberechtigten unbedingt aus; eine geringe Schwerhörigkeit, Einäugigkeit, ein Bruchschaden sind bei einigen Knappschaftsvereinen kein Hinderungsgrund für die Aufnahme, begründen aber bei einer später durch das betreffende Leiden entstandenen Invalidität nur die Ansprüche der niederen Klasse.

Anspruch auf Krankenunterstützung haben sämmtliche Vereinsgenossen, die Knappschaftsinvaliden, sowie die Ehefrauen und die unter 16 Jahr alten Kinder der voll- und minderberechtigten Vereinsgenossen. Sie besteht in freier Cur und Arzenei (einschliesslich der Brillen und Bruchbänder etc.) und der Gewährung eines Krankengeldes bei Erwerbsunfähigkeit der voll- und minderberechtigten Mitglieder; in freier Cur

¹⁾ Ich halte mich im Wesentlichen an das seit Mai 1897 in Kraft stehende neue Statut des Niederschlesischen Knappschaftsvereins.

und Arznei für die Knappschaftsinvaliden, in der Gewährung eines Krankengeldes nur dann, wenn der Invalide noch auf einem Vereinswerke beschäftigt war; in freier Cur für die Frauen und Kinder der voll- und minderberechtigten Mitglieder. In einzelnen Vereinen fällt diese Bestimmung weg, in anderen wieder erhalten auch diese Mitglieder ausser der freien ärztlichen Behandlung freie Arznei.

Der Bezug des Krankengeldes beginnt mit dem 3. Tage nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit; Curberechtigte, welche einen eigenen Haushalt führen oder für den Unterhalt von Angehörigen zu sorgen haben, erhalten ihr Krankengeld bereits vom 1. Tage ihrer Krankheit ab; für Sonntage oder allgemeine Feiertage wird Krankengeld nicht gewährt. Das tägliche Krankengeld beträgt die Hälfte des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes; für diejenigen, die in einem Krankenhause untergebracht sind und Angehörige zu unterhalten haben $\frac{3}{4}$ dieses Betrages = $\frac{3}{8}$ des Arbeitsverdienstes; in den anderen Fällen $\frac{1}{3}$ = $\frac{1}{6}$ des Arbeitsverdienstes.

Die Krankenunterstützung wird bis zur Dauer von 13 Wochen gewährt; ist nach Ablauf dieser Frist der Kranke noch nicht so weit hergestellt, dass er ohne Schaden für seine Gesundheit die Werksarbeit aufnehmen kann, so kann, wenn innerhalb weiterer 13 Wochen die Wiederherstellung zu erwarten steht, die Curfrist auf Antrag des Arztes vom Vorstande widerrüflich bis zur Dauer von 6 Monaten verlängert werden.

Ist die Curfrist verstrichen, so werden die minderberechtigten Vereinsgenossen aus der Kasse ausgeschlossen und haben keinen weiteren Anspruch mehr an dieselbe; die vollberechtigten werden zu Knappschaftsinvaliden gemacht und die Invaliden werden als gänzlich arbeitsunfähig aus der Cur entlassen.

Die Höhe der Invalidenunterstützung ist abhängig von der Klasse, welcher der Berechtigte zuletzt angehört hat, und von dem Dienstalter. Ist begründete Aussicht vorhanden, dass der zu Invalidisirende noch einmal zur Verrichtung der Werksarbeit fähig wird, so hat ihn der Arzt zunächst zum zeitweiligen Invaliden zu erklären; die zeitweiligen Invaliden haben sich in den vom Arzte bestimmten Zwischenräumen zur Nachuntersuchung einzufinden; die dauernden Invaliden sind von diesen regelmässigen Nachuntersuchungen befreit. Hat der Invalide für den Unterhalt von Frau und Kindern Sorge zu tragen, so kann diesen Angehörigen eine ausserordentliche Unterstützung, bis zur Höhe der Invalidenunterstützung gewährt werden. Kinderreichen Invaliden, denen es zur Erziehung ihrer Kinder an den nöthigen Mitteln fehlt, kann auf Antrag der Knappschaftsältesten für eines oder mehrere Kinder eine laufende Erziehungsbeihilfe gewährt werden.

Ist ein Verletzter nach Ablauf der 13 wöchentlichen Curfrist in Folge des Unfalls dauernd oder zeitweilig zur Verrichtung der Werksarbeit unfähig, so gilt er von dem Beginn der 14. Woche an und zwar so lange, bis er die Fähigkeit zur Verrichtung der Werksarbeit wieder-

erlangt hat, zugleich als Knappschaftsinvalide. Als Invalidenunterstützung wird in diesem Falle gewährt:

- a) an vollberechtigte Vereinsgenossen die statutenmässige Invalidenunterstützung unter Erhöhung des Dienstalters um 15 Jahre;
- b) an minderberechtigte Vereinsgenossen I. Classe (d. h. an alle Minderberechtigten mit Ausnahme der jugendlichen und weiblichen Arbeiter) die statutenmässige Invalidenunterstützung der II. Classe für fünfzehnjährige Dienstzeit;
- c) an minderberechtigte Vereinsgenossen der II. Classe die statutenmässige Invalidenunterstützung für einjährige Dienstzeit.

Sind Vereinsgenossen des Unterstützungsberechtigten ohne ihr Verschulden, durch Unglück, Siechthum oder Krankheit in eine besonders hilfsbedürftige Lage gerathen, so können sie auf Antrag der Knappschaftsältesten vom Vorstande ausserordentliche, einmalige oder laufende Unterstützungen bewilligt erhalten. Diese Unterstützungen können auch an ehemalige minderberechtigte Vereinsgenossen gewährt werden.

Ueber die Zahl und geographische Verbreitung der Knappschaftsvereine in Deutschland und die Zahl der Mitglieder giebt die untenstehende Tabelle, welche Simons (Das Deutsche Knappschaftswesen) entnommen ist, einen Ueberblick.

	Anzahl der									
	Knappschaftsvereine					Vereinsmitglieder				
	1885	1890	1891	1892	1893	1885	1890	1891	1892	1893
Preussen . . .	81	74	74	74	74	331609	389035	410889	419231	415533
Sachsen . . .	29	29	3	3	3	26077	26953	31269	30600	30802
Bayern . . .	40	42	42	43	43	5653	7245	7479	7671	7663
Württemberg.	4	3	3	3	3	2201	2194	2162	2149	2161
Grossherzogthum Hessen	7	8	7	6	6	1153	1796	2056	1712	1715
Herzogthum Braunschweig	2	2	2	2	2	1445	1971	1953	1874	1946
Herzogthum Sachsen-Meiningen . . .	1	1	1	1	1	271	207	190	201	190
Herzogthum Sachsen - Altenburg . . .	1	1	1	1	1	1281	1478	1591	1658	1773
Herzogthum Anhalt . . .	1	1	1	1	1	3350	3796	4235	4438	4278
Fürstenthum Waldeck . .	1	1	1	1	1	136	230	240	246	270
Fürstenthum Schwarzburg.	2	2	2	2	2	111	98	184	108	104
Elsass - Lothringen . . .	2	2	2	2	2	3458	3851	4118	4072	4380
	171	166	139	139	139	576745	435854	466366	473960	470815

In Preussen bestanden im Jahre 1885 81 Vereine, wie aus obiger Tabelle hervorgeht. Die Verminderung der Zahl auf 74 kam dadurch zu Stande, dass sich der Guennersdorfer Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Bonn auflöste (K5 Statistik der Knappschaftsvereine im Preussischen Staate im Jahr 1886) und dass im Oberbergamtsbezirk Clausthal am 1. Juli 1886 sich 6 Vereine, der Clausthaler, der Hessische, der Schmalkaldener, der Schaumburger, der Hohensteinische und der Hannoversche Knappschaftsverein zu dem Haupt-Knappschaftsverein zu Clausthal vereinigten. Es kamen dann im Jahre 1887¹⁾ der Wernigeroder Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Halle und der Knappschaftsverein der Saline Theodorshall bei Kreuznach im Oberbergamtsbezirk Bonn dazu und im Jahr 1890 verminderte²⁾ sich die Zahl wieder, indem sich der Märkische, Essener und Mühlheimer Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Dortmund zu einem Verein mit dem Namen „Allgemeiner Knappschaftsverein“ mit dem Sitz in Bochum verband.

Von den Hilfskassen, an die sich, zur Verbesserung ihrer materiellen Lage in Krankheitsfällen zuweilen die Bergleute anschliessen, verdienen die Hirsch-Dunker'schen Gewerkvereine besonderer Erwähnung. Dieselben unterscheiden sich ja, nachdem der § 15 des Hilfskassengesetzes vom 7. April 1876 bestimmt hat, dass Mitglieder einer Gewerkvereinskrankenkasse wegen ihres Austritts oder Ausschlusses aus dem Gewerkverein nicht auch aus der Krankenkasse ausgeschlossen werden können, wenn sie dieser bereits 2 Jahre angehört haben, nicht mehr im Wesentlichen von anderen Krankenkassen.

In* den Oberbergamtsbezirken Dortmund, Breslau und Halle in Preussen³⁾ bestehen vielfach auf einzelnen Werken besondere Kranken-, Sterbe- und Unterstützungskassen, welche den beteiligten Arbeitern zeitweilige oder einmalige Zuschüsse bei Nothständen gewähren, wo die Leistungen der Knappschaftsvereine nicht ausreichend erscheinen. Diese Hilfskassen werden dadurch unterhalten, dass entweder die Arbeiter regelmässige, satzungsmässige Beiträge leisten und die Werksbesitzer hierzu Zuschüsse liefern, oder dass die Werksbesitzer allein und ohne Statuten, der Kasse laufend oder unter Zuwendung eines zinstragenden Kapitals die Kosten bestreiten. In allen Fällen fliessen die auf Grund der Arbeitsordnungen verfallenen Strafgeelder der Arbeiter, nicht ausgezahlte Lohnpfennige zu jenen Kassen; die Kassen sind meistens Zwangskassen und eine dahingehende Bestimmung bildet alsdann einen Theil der Arbeitsordnung.

Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass durch Legate und Stiftungen für kranke Bergleute verschiedentlich Vorsorge getroffen ist.

1) K3 und K4 der Statistik der Knappschaftsvereine im Jahre 1887.

2) K3 der Statistik der Knappschaftsvereine im Jahre 1890.

3) Die Einrichtungen zum Besten der Arbeiter auf den Bergwerken Preussens im Auftrage des Ministers für Handel, Gewerbe und öffentliche Arbeiten nach amtlichen Quellen bearbeitet. 1875. S. 48.

Hierzu gehören beispielsweise¹⁾ das Arnold Luschwitz'sche Legat für arme und kranke Berg- und Hüttenleute Ober- und Niederschlesiens, die Franz v. Winkler Stiftung für die auf den Thiele-Winkler'schen Werken beschäftigten Arbeiter und die Stiftung Friedrich II., deren Zinsen für verunglückte gewerkschaftliche Beamte und Arbeiter der Niederschlesischen Steinkohlenbergwerke, sowie deren Hinterbliebenen verwendet werden.

Bei den nunmehr folgenden statistischen Zusammenstellungen beschränken wir uns zunächst der Einheitlichkeit und Uebersicht halber auf die Statistik der Knappschaftsvereine des Preussischen Staates, wie sie alljährlich in der Zeitschrift für das Berg-, Hütten- und Salinenwesen erscheint. Es sind in diesen statistischen Zusammenstellungen in gleicher Weise die Berg- und Salinenarbeiter, wie auch die Hüttenarbeiter berücksichtigt, soweit die letzteren sich in knappschaftlichen Verbänden (siehe unten) befinden. Nach den in diesen Berichten enthaltenen Tabellen wurden in Preussen beschäftigt in den Jahren:

Jahr	1886 auf 1876 Werken	182624 ständige,	143749 unständige,	zusammen	326373 Arbeiter,
1887	1846	190427	140682	331309	
1888	1944	198137	144771	342908	
1889	1994	203896	159438	363334	
1890	2036	208628	180407	389035	
1891	2036	233775	177114	410889	
1892	1971	249020	170211	419231	
1893	1948	252770	162755	415533	
1894	1754	264699	157855	422554	
1895	1688	271766	156360	428126	

Die Krankbewegung erhellt aus der folgenden Tabelle.

Jahr	Kranke überhaupt ²⁾ .	Davon beschädigt bei der Arbeit.	Anzahl der Krankheitstage.	Krankheitstage auf einen Krankheitsfall.	Krankheitsfälle auf 100 Arbeiter.	Invalide geworden.	Gestorben.	Davon bei der Arbeit verunglückt.
1886	154415	29829	2402742	15,6	47,31	5190	2921	660
1887	152412	30289	2376197	15,5	46,00	4794	2793	662
1888	151208	31213	2408976	15,9	44,09	4378	2839	744
1889	167953	34942	2692027	16,0	46,22	4718	2929	712
1890	198475	35259	2769587	14,0	51,01	3340	3347	780
1891	217346	41879	3185065	14,7	52,89	4878	3510	886
1892	212826	37554	3599302	16,9	50,76	4959	3331	760
1893	235739	41877	3979739	16,9	56,73	5718	3579	865
1894	227014	40132	3826432	16,9	53,72	6999	3177	732
1895	235775	40792	3927132	16,7	55,07	5072	3197	635

¹⁾ Die Einrichtungen zum Besten etc. S. 46.

²⁾ Die in der Statistik der Preussischen Knappschaftsvereine auf Seite K 29 unter Krankheitsfälle überhaupt aufgenommene Rubrik (in unserer Tabelle: Kranke überhaupt) dürfte viel zu niedrige Werthe enthalten, da die Zusammenstellung zahlreiche Lücken erkennen lässt. Es finden dabei diejenigen keine genügende Berücksichtigung, die ohne arbeitsunfähig zu sein, krank waren und den Arzt consultirten.

Für dieses Krankenmaterial war in den entsprechenden Jahren die Zahl der Aerzte folgende:

im Jahre	1886	807	Aerzte,
" "	1887	855	"
" "	1888	894	"
" "	1889	895	"
" "	1890	900	"
" "	1891	908	"
" "	1892	936	"
" "	1893	946	"
" "	1894	954	"
" "	1895	1012	"

Es kam somit:

im Jahre	1886	1	Arzt auf	404,42	Vereinsmitglieder (ständige und unständige),
" "	1887	1	" "	387,42	" " " "
" "	1888	1	" "	383,50	" " " "
" "	1889	1	" "	405,95	" " " "
" "	1890	1	" "	432,20	" " " "
" "	1891	1	" "	452,52	" " " "
" "	1892	1	" "	447,89	" " " "
" "	1893	1	" "	439,25	" " " "
" "	1894	1	" "	442,92	" " " "
" "	1895	1	" "	423,04	" " " "

Auch in dieser Tabelle bleiben die Zahlen bedeutend hinter den thatsächlichen Verhältnissen zurück und geben ohne Weiteres kein richtiges Bild von der ärztlichen Versorgung der Bergarbeiter. Zunächst muss man berücksichtigen, dass bei den obigen Zahlen die Invaliden nicht miteingerechnet sind, ebensowenig wie die Frauen und Kinder der Vereinsgenossen, die in einer grösseren Anzahl der Vereine freie ärztliche Behandlung geniessen. Ausserdem sind in der Zahl der Knappschaftsärzte gewöhnlich die Specialärzte mitgerechnet, deren Verhältniss zu den allgemeinen Aerzten ein sehr wechselndes ist. So sind beispielsweise im Allgemeinen Knappschaftsverein Bochum¹⁾ im Anfang des Jahres 1896 172 Knappschaftsärzte, darunter 15 Specialärzte für Chirurgie, Augen-, Ohren- und Hautkrankheiten angestellt gewesen. Schliesslich werden diese Durchschnittszahlen auch dadurch sehr beeinflusst, dass in den kleinen und kleinsten Verbänden ein Knappschaftsarzt gelegentlich auf eine sehr kleine Arbeiterschaft kommen kann. So fallen im Oberbergamtsbezirk Halle im Dürrenberger Knappschaftsverein auf 1 Arzt 201 ständige und 40 unständige, zusammen 241 Knappschaftsmitglieder und im Halle'schen Salinen Knappschaftsverein auf einen Arzt 52 ständige und 14 unständige, zusammen 66 Mitglieder. Im Thüringer Knappschaftsverein kommen auf einen Arzt 259 Mitglieder und im Wernigeroder Knappschaftsverein 263 Mitglieder. In dem zum Oberbergamtsbezirk Clausthal gehörenden Casseler Knappschaftsverein kommen auf einen Arzt nur 69 Köpfe.

¹⁾ Tenholt, Das Gesundheitswesen im allgemeinen Bereich des A.-K.-V. zu Bochum. S. 37.

Im Oberbergamtsbezirk Dortmund kommen im Ibbenbürener Knappschaftsverein auf einen Arzt 64 Mitglieder, im Neusalzwerker K. V. nur 22 Mitglieder:

im Rothenfelder K. V.	53 Mitglieder
im Salzkothener K. V.	17 „
im Gottesgabener K. V.	7 „
im Sassendorfer K. V.	27 „

Auch im Oberbergamtsbezirk Bonn finden sich kleine Knappschaftsprengel, so kommen auf einen Arzt im Knappschaftsverein

der Saline Münster a. St.	12 Mitglieder
der Saline Theodorshalle	16 „
im K. V. Eifel	55 „
im neuen St. Wendeler K. V.	21 „
im K. V. der Hohenzollern'schen Lande	42 „
im K. V. der Saline Werl, Neuwerk und Höppe	52 „

Abgesehen von diesen kleinen und kleinsten Vereinen, kann man wohl annehmen, dass die Durchschnittszahl der Vereinsmitglieder in einem Curbezirk 1000 betragen dürfte¹⁾. Wenn hierzu noch die Frauen und Kinder der Voll- und Minderberechtigten in Höhe von durchschnittlich 2400 Köpfen hinzukommen, so würde für den einzelnen Cursprenzel die Anzahl der Curberechtigten in den Vereinen, in denen auch die Frauen und Kinder der Mitglieder freie ärztliche Behandlung geniessen, 3400 Köpfe betragen.

In diesem ihm vom Knappschaftsvorstande genau umschriebenen und abgegrenzten Sprengel oder Curbezirk hat der Knappschaftsarzt die contractliche Verpflichtung übernommen die ärztliche Behandlung der voll- und minderberechtigten Mitglieder, unter Umständen auch ihrer Frauen und Kinder, der letzteren, soweit sie unter 15 Jahren sind, und der Invaliden zu versehen. Er hat die Verpflichtung kleinere Operationen ohne besondere Vergütung vorzunehmen; für geburtshülfliche Operationen bei den Frauen der Kassenmitglieder wird gewöhnlich besonders Zahlung geleistet.

Bei Unglücksfällen auf der Grube des Bezirks ist der Arzt verpflichtet, der Aufforderung der Grubenbeamten alsbaldige Folge zu geben und sich auf der betreffenden Bergwerksanlage der Bestellung entsprechend, sofort einzufinden. Der Knappschaftsarzt hat täglich Sprechstunden abzuhalten, muss aber auch die Kranken, sofern dieselben bettlägerig oder sonst nicht fähig sind, den Arzt aufzusuchen, in ihrer Wohnung behandeln. Kranke, bei denen die häusliche Pflege nicht ausreichend erscheint, bei denen grössere operative Eingriffe oder ein besonderes in der Revierbehandlung nicht angängiges oder durchführbares Heilverfahren angezeigt erscheint, sowie diejenigen Kranken, die an an-

¹⁾ Im Waldenburger Bezirk des Niederschlesischen Knappschaftsvereins im Jahre 1896: 1182 und einschliesslich der Invaliden 1255.

steckenden Krankheiten leiden, hat er den Bestimmungen gemäss der Krankenhaus- oder Lazarethbehandlung zu überweisen. Im Uebrigen verpflichtet sich der Vereinsarzt „den Instructionen des Vorstandes in Bezug auf formelle Behandlung der Vereinsangelegenheiten nachzukommen, dessen Requisitionen betreffend statistische und periodische Arbeiten zu erledigen und über die Behandlung der Vereinsgenossen und Invaliden ein besonderes Krankenjournal zu führen“.

Die im Cursprengel des Arztes wohnhaften Knappschaftsmitglieder, eventuell auch ihre Familienangehörigen sind verpflichtet in Krankheitsfällen, denselben zu consultiren, und nur in seiner Abwesenheit oder Behinderung bei dringlichen Fällen berechtigt, sich an einen anderen Arzt zu wenden. Dieser Zwang wird in vielen Fällen beiderseits drückend empfunden: von den Kassenmitgliedern, weil diese bei der Wahl ihres Arztes gern ihrer Neigung und ihrem sogenannten Vertrauen folgen möchten, und von den Aerzten selbst, weil sie häufig unter dem Widerwillen und Widerstreben der Kassenmitglieder zu leiden haben und gelegentlich das Entgegenkommen und die Willfährigkeit vermissen, ohne die ein gedeihliches Ausüben der Praxis sehr erschwert wird und weil sie in der Beschwerde beim Vorstande nur ein schwerfälliges und manchmal versagendes Mittel gegen ungehöriges oder beleidigendes Verhalten der Kassenmitglieder besitzen.

Die Vorstände der Knappschaften haben bisher völlig einmüthig gegen die freie Aertzewahl Stellung genommen. Schon 1891¹⁾, als die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz berathen wurde, wurden die Knappschaftsvereine zu einer Aeussereung über ihre Stellung zur freien Aertzewahl von den Aufsichtsbehörden veranlasst und in einer Sitzung vom 9. Dezember 1891 erklärte der allgemeine deutsche Knappschaftsverband sich durchaus ablehnend dazu. Als Grund²⁾ gegen die freie Aertzewahl führt man zunächst den erhöhten Kostenaufwand ins Feld. Diese Vertheuerung würde entstehen in erster Linie dadurch, dass sich die Aerzte „nachsichtiger, als für die Kasse dienlich gegen Simulanten zeigen würden, was dann, besonders in wirthschaftlich ungünstigen Zeiten, die Kassen sehr belasten würde“. Ferner wird als Grund gegen die freie Aertzewahl angegeben, dass durch dieselbe die Aerzte der Willkür der Arbeiter übergeben würden; sie müssten aber unabhängig von den Arbeitern gestellt sein und von deren Agitationen, „welche erfahrungsmässig häufig von andern Aerzten gemacht würden, um sich ins Brot zu bringen“.

Schliesslich wird geltend gemacht, dass, wenn die freie Aertzewahl zugelassen würde, es vorkommen könnte, dass die Wahl anstatt nach der Tüchtigkeit — über welche die Arbeiter sich schwer ein Urtheil bilden könnten — nach der politischen Gesinnung des Arztes, oder nach seiner Kunst Agitation zu treiben, erfolgen würde.

1) Simons, l. c.

2) Arndt, Bergbau und Bergbaupolitik. Leipzig 1894.

Im Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum¹⁾ ist laut § 16 des Statuts jedes Mitglied des Vereins berechtigt, zu bestimmten Zeitpunkten (zweimal im Jahre) sich von seinem zuständigen Revierarzte zu einem anderen, innerhalb eines Umkreises von 4 Kilometern wohnenden Knappschaftsarzte umzumelden.

Von diesem Rechte ist nur sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Es haben sich angemeldet:

im Mai 1894 . . .	2,06 pCt.	active Mitglieder
	4,20	„ Invaliden
im November 1894	1,85	„ active Mitglieder
	4,20	„ Invaliden
im Mai 1895 . . .	2,00	„ active Mitglieder
	3,50	„ Invaliden
im November 1895	1,60	„ active Mitglieder
	3,50	„ Invaliden

In wieweit bei dieser geringen Benutzung der statutengemäss gewährten Möglichkeit einer Auswahl unter den Aerzten örtliche oder andere Gründe hinderlich waren, lässt sich aus dem Bericht nicht erkennen. Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass nach § 56 des Kranken-

versicherungsgesetzes vom $\frac{15. \text{ Juni } 1883}{10. \text{ April } 1892}$ auf Antrag von mindestens

30 Versicherten die höhere Verwaltungsbehörde (hier also das Oberbergamt) nach Anhörung der Kasse und der Aufsichtsbehörde die Gewährung der freien ärztlichen Behandlung, Arznei- und Krankenhauspflege, durch weitere, als die vom Vorstande bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser verfügen kann, wenn durch die vom Vorstande getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Mitglieder entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert ist. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist endgültig.

Zu den knappschaftsärztlichen Functionen gehört noch die Untersuchung neu anzulegender Arbeiter, die Untersuchung der Minderberechtigten, die in die Classe der Vollberechtigten eintreten, die Untersuchung der Invaliden und die Ausstellung entsprechender Zeugnisse; die Durchsicht der Liquidationen der Apotheker und die Beaufsichtigung über die Medicamente.

Der Knappschafts-Berufsgenossenschaft gegenüber stehen die Knappschaftsärzte entweder derart, dass jeder Revierarzt gleichzeitig Vertrauensarzt der Section ist; als solcher hat er die Unfallverletzten, soweit sie nicht in Anstalten und Lazarethen untergebracht sind, von der vierzehnten Woche nach dem Unfall im Auftrage der Section zu behandeln; er hat ferner die erforderlichen Verletzungsberichte, Befundberichte und sonstige Gutachten auszuarbeiten und an den Nachuntersuchungsterminen theilzunehmen.

Oder die Vereinsärzte stehen in gar keiner Beziehung zur Berufsgenossenschaft. Mit dem vertrauensärztlichen Amte derselben ist

¹⁾ Tenholt, l. c.

ein einzelner Arzt, gewöhnlich der Knappschaftsoberarzt beauftragt und nur die Verletzungs- und Befundsberichte während der ersten 13 Wochen werden, soweit keine Anstaltsbehandlung stattfindet, von dem Revierarzt ausgestellt. Bei einzelnen Knappschaftsvereinen ist die Einrichtung getroffen, dass die Aerzte in bestimmten Zwischenräumen sich zu Zusammenkünften vereinigen, in denen sie ihre Erfahrungen austauschen, Angelegenheiten gemeinsamen Interesses besprechen und Vorschläge zur Abhilfe fühlbarer Missstände machen können, wofür eine besondere Reiseentschädigung vom Vorstande gewährt wird¹⁾. Auch findet man gelegentlich eine medicinisch-wissenschaftliche Knappschaftsbibliothek, deren Benutzung den Knappschaftsärzten ohne Weiteres freisteht; in der Wurm-Knappschaft beispielsweise werden ausserdem die wichtigsten medicinischen Zeitschriften gehalten, die bei den einzelnen Knappschaftsärzten kostenlos herumgesendet werden.

Den Knappschaftsärzten zur Seite steht eine verhältnissmässig geringe Zahl von Krankenpflegern und -pflegerinnen.

In Preussen im Jahre	Pflegepersonal		Zusammen	Für ? Aerzte
	Männliches	Weibliches		
1886	58	20	78	807
1887	73	18	91	855
1888	80	20	100	894
1889	88	21	109	895
1890	84	24	108	900
1891	90	23	113	908
1892	91	24	115	936
1893	93	22	115	946
1894	101	18	119	954
1895	108	23	131	1012

Dieses Missverhältniss in der Zahl der Aerzte und dem Krankenwärterpersonal findet seine Erklärung darin, dass die Thätigkeit des letzteren in den Knappschaften lediglich auf Lazarethe und Krankenhäuser beschränkt ist, wogegen den Revierärzten keine Heildiener oder sonstiges Pflegepersonal mit Ausnahme der den verschiedenen confessionellen Orden und Vereinigungen angehörenden, aber von der Knappschaft unabhängigen Schwestern, zur Verfügung stehen.

Wie aus den obigen Auseinandersetzungen erinnerlich, kann sowohl nach den Knappschaftsstatuten, wie auch nach dem Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (§ 7) und dem Unfallversicherungsgesetz (§ 5) die freie Cur und Verpflegung für ein Kassenmitglied in einem Krankenhause angeordnet werden und zwar 1. für Diejenigen, welche verheirathet oder Glieder einer Familie sind mit ihrer Zustimmung oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Er-

¹⁾ Simons, Geschichte und Statistik der Wurm-Knappschaft. Berlin 1890.

krankung (oder Verletzung) Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann; 2. für sonstige Erkrankte (oder Verunglückte) unbedingt. Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Cur und Verpflegung das im § 6 festgesetzte Krankengeld zu leisten.

Eine Reihe von Knappschaftsvereinen, auch grössere, besitzt jedoch keine eigenen Krankenhäuser oder Lazarethe. Diese haben mit einzelnen oder mehreren Krankenhäusern — im Allgemeinen Knappschaftsverein Bochum¹⁾ waren es Ende 1895 72 — bestimmte Verträge abgeschlossen. Die Anstalten sind verpflichtet, gegen eine Entschädigung pro Kopf und Tag jeden Kranken oder Verletzten in Pflege und Behandlung zu nehmen. In der Behandlung inbegriffen sind die ärztliche Thätigkeit, die Verabreichung der erforderlichen Arzneien, Stärkungsmittel und Verbandstoffe.

Nach dem vom Königlichen Statistischen Bureau herausgegebenen Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preussen waren im Jahre 1885 folgende Knappschafts- und Hüttenlazarethe vorhanden:

 Knappschafts- und Hüttenlazarethe im Jahre 1885²⁾.

Re- gierungs- bezirk	Kreis	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Jahr der Er- richtung	Bettenanzahl	Zahl der Verpflegten	
Potsdam	Niederbarnim	Rüdersdorf	Knappschaftslazarath	1864	10	—	
		Neurode	"	1851	40	105	
Breslau	Waldenburg	Waldenburg	"	1832	130	1190	
		Lübben	Hüttenlazareth	1874	12	1	
Liegnitz	Beuthen O./S.	Kotzenau	Knappschaftslazareth	1848	150	1877	
		Beuthen	"	1866	300	3382	
Oppeln	Ober Heyduck	Ober Heyduck	"	1874	24	226	
		Lipina	"	1878	32	254	
		Rosdzin	Hüttenlazareth	1871	34	410	
		Laurahütte	"	1848	150	985	
	Kattowitz	Myslowitz	Knappschaftslazareth	1869	123	1418	
		Siemienowitz	"	1861	40	198	
	Pless	Nikolai	Fürstlich Pless'sches	Knappschaftslazareth	1868	70	370
			Knappschaftslazareth	"	1868	26	58
	Ratibor	Hultschin	"	1857	60	382	
	Rybnik	Rybnik	"	1832	61	993	
Tarnowitz	Tarnowitz	"	1858	245	2792		
Zabrze	Dorotheendorf	"					

1) Hier besitzt die Section II der Knappschafts-Berufsgenossenschaft ein reich ausgestattetes Lazareth: Bergmannsheil bei Bochum; geleitet von einem Chirurgen, dem acht Assistenzärzte zur Seite stehen.

2) Krankenhauslexikon für das Königreich Preussen. Herausgegeben vom Königlichen statistischen Bureau, bearbeitet von A. Gutstadt. Berlin 1886. II. Theil. S. 202.

Re- gierungs- bezirk	Kreis	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Jahr der Er- richtung	Bettenanzahl	Zahl der Verpflegten
Merseburg	Gebirgskreis Mannsfield Seekreis	Hettstedt	Knappschaftslazareth	1871	74	641
		Eisleben	„	1876	84	1182
Osnabrück	Mannsfield Osnabrück	Georg Marien- hütte	Knappschaftslazareth des Georg Marien- Bergwerks- und Hüt- tenvereins	1872	30	201
Arnsberg	Bochum Stadtkreis Dortmund	Welper	Hüttenlazareth der Heinrichshütte	1867	44	219
		Wambel	Lazareth des Hörder Bergwerks- und Hüt- tenvereins	1858	61	253
Düsseldorf	Stadtkreis	Essen	Krupp'sches Kranken- haus	1870	100	414
Trier	Ottweiler	Neunkirchen „	Victoriahospital	1874	39	480
			Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1851	90	629
	Saarbrücken	Malstett- Burbach	Hüttenlazareth der Luxemburger Berg- werks- und Saar- brückener Eisen- hütten - Actien - Ge- sellschaft	1881	24	83
			Sulzbach	Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1862	90
Aachen	Aachen Landkreis Schleiden	Bardenberg	Knappschaftslazareth d. Wurmknappschaft	1856	40	123
			Lazareth des Mainzer- Hagener Knapp- schaftsvereins	1888	70	146
		Völklingen	Lazareth des Saar- brückener Knapp- schaftsvereins	1868	100	546

Von diesen 30 Krankenhäusern sind 19 oder 63 pCt. vor 1870 ge-
baut und zeigen daher zum grossen Theil noch ursprüngliche Formen der
Anlage und Einrichtung. Soweit wie angängig habe ich in der folgen-
den Tabelle die Einrichtungen dieser Lazarethe und Krankenhäuser,
nach hygienischen Gesichtspunkten geordnet, zur Darstellung zu bringen
versucht. Leider waren über einzelne dieser Krankenhäuser keine ge-
nauen Angaben zu finden, so dass diese Tabelle nur über 12 derartige
Anstalten berichtet; ausserdem ist zu berücksichtigen, dass das Material
inzwischen mannigfaltige Veränderungen und Verbesserungen zeigen
dürfte.

Das Bausystem ist bei allen diesen Lazarethen und Krankenhäusern
das Corridorsystem mit einer einzigen Ausnahme. Als sich dann das
Bedürfniss nach Vergrösserung der Anstalten geltend machte, wurden

in einer grösseren Anzahl Baracken gebaut. Die Baufläche auf den einzelnen Kranken berechnet, bleibt in den meisten Fällen bedeutend hinter dem Erforderlichen zurück. Ebenso fällt die Fussbodenfläche für ein Bett und der Cubikraum für einen Kranken¹⁾ in allen angeführten Krankenhäusern sehr gering aus. Auch Heizung und Lüftung sind in einer Anzahl der Anstalten nicht in dem für ein Krankenhaus nothwendigen Grade zu verändern. Ueber die Beschaffenheit der Wände, Decken und Fussböden, über die Himmelsrichtung der Anlage war nichts aus den Berichten zu erfahren. Sonderräume für Kranke mit hochgradig ansteckenden Krankheiten, besondere Isolirbaracken mit entsprechender Einrichtung, Desinfectionsräume und -geräthschaften, waren nur in einem Falle besonders erwähnt.

In Ergänzung des bereits oben Gesagten fügen wir aus den Berichten der einzelnen Vereine im Preussischen Staate über die Unterbringung ihrer Mitglieder in Krankenhäusern und Heilanstalten, soweit dies von Interesse für uns ist, das Folgende hinzu:

Im Oberbergamtsbezirk Breslau sendet der Oberschlesische Knappschaftsverein seine Augen- und Ohrenkranken in die Augen- und Ohrenheilanstalt zu Gleiwitz, sowie nach dem Badeort Goczalkowitz, woselbst ein Curhaus aus Vereinsmitteln erbaut ist.

Die kranken weiblichen Arbeiter werden, soweit Krankenhausbehandlung für sie nothwendig wird, im Niederschlesischen Knappschaftsverein in einer besonderen Abtheilung des Waldenburger Knappschaftslazareths von den in Waldenburg stationirten Diakonissinnen gepflegt.

Im Oberbergamtsbezirk Halle benutzen der Neupreussische Knappschaftsverein, der Saalkreiser Knappschaftsverein und z. Th. der Halberstädter Knappschaftsverein die Halle'schen Universitätskliniken als Krankenhäuser. Der letztere sendet seine kranken Mitglieder ausserdem nach Braunschweig, Calbe, Magdeburg, Schönebeck und Stassfurt in die dortigen, dem Vereine nicht zu Eigen gehörenden Krankenhäuser.

Im Oberbergamtsbezirk Clausthal bestanden in dem Hauptknappschaftsverein zu Clausthal noch im Jahre 1894 zwei eigene Lazarethe; dieselben wurden 1895 aufgegeben, und dafür mit zwei Krankenhäusern über Aufnahme kranker Mitglieder Verträge abgeschlossen. Im Casseler Knappschaftsvereine werden die der Krankenhausbehandlung Bedürftigen in den Landkrankenhäusern untergebracht und im Hoeder Knappschaftsverein hat der Verein Eigenthumsantheil am Krankenhause der Stadt Peine und die Berechtigung jederzeit Kranke in demselben verpflegen zu lassen.

Im Oberbergamtsbezirk Dortmund steht der allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum, wie schon oben gesagt, mit sämmtlichen

1) Flügge, Grundriss der Hygiene. S. 553, verlangt 160 qm, 9—13 qm, 40—60 cbm.

2) Statistik der Knappschaftsvereine des Preussischen Staates im Jahre 1895. K3 und K5.

No.	Ort	Bezeichnung der Anstalt	Baufläche für jeden Kranken qm	System	Fussbodenfläche für 1 Bett qm	Cubikraum für jeden Kranken	Heizung
1.	Neurode	Knappschafts-lazareth	44,1	Corridor	6,70	21,40	Ofen
2.	Waldenburg	"	40,0	"	7,74	30,03	Luft
3.	Beuthen	"	8,8	"	7,20	27,10	Heisswasser
4.	Ober-Heyduck	"	124,7	Corridor und 2 Baracken	7,70	30,0	Heisswasser und Luft
5.	Myslowitz	"	45,1	Corridor	7,30	27,0	Ofen
6.	Siemienowitz	Knappschafts-lazareth der Laurahütte	55,6	Corridor und 1 Baracke	7,0	29,0	Ofen, Luft
7.	Orzesche	Knappschafts-lazareth	124,7	Corridor	6,6	30,5	Ofen
8.	Rybnik	"	136,8	"	7,50	28,0	"
9.	Dorotheendorf	"	130,2	Corridor und 1 Baracke	7,30	27,0	Heisswasser, Luft
10.	Hettstedt	"	84,3	Corridor	13,5 bezw. 6,7	52,6 25,7	Kachelöfen, Säulenreguliröfen
11.	Eisleben	"	88,3	"	9,6	31,2	Regulir Mantelöfen
12.	Essen	Friedrich Krupp'sches Krankenhaus	200,0	Verwaltungsgebäude und Baracken	8,0	40,0	Ventilationsöfen

Lüftung	Abort-Einrichtung	
natürlich	Klosets, Senkgruben	Liegt ausserhalb der Stadt in der Ebene. Wasserversorgung aus Brunnen. Kochküche ohne Dampftrieb. Handwäsche. Badezimmer.
künstlich	Klosets, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer.
"	Becken, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Lüftung mit Dampftrieb und in Verbindung mit der Heisswasserheizung. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Wasserklosets Senkgruben, Abfuhr	In der Ebene gelegen, in nächster Nähe der Stadt Königshütte. Lüftung mit Dampftrieb. Im Hauptgebäude Heisswasser-, in den Baracken Luftheizung. Anschluss an die Wasserleitung der Stadt. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Klosets, Senkgruben, Abfuhr	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile; in der Ebene. Wasserleitung aus dem Przemsafluss. Badezimmer. Gasbeleuchtung.
"	Wasserklosets bezw. Becken, Senkgruben, Abfuhr	Im Hauptgebäude Ofenheizung, in den Baracken Luftheizung. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer. Gasbeleuchtung. Wasserklosets in der Baracke.
"	Becken, Senkgruben, Abfuhr	Die Anstalt liegt ausserhalb der Stadt. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen. Badezimmer.
"	Becken, Senkgruben. Leitung auf Wiesen	In nächster Nähe von bewohnten Stadttheilen. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen. Badezimmer.
"	Becken bezw. Wasserklosets Senkgruben. Canalisation mit Berieselung	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile. Lüftung mit Dampftrieb und in Verbindung mit der Heisswasserheizung; im Hauptgebäude Heisswasser-, in den Baracken Luftheizung. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen; Dampf- und Maschinenwäsche. Badezimmer. Gasbeleuchtung. Wasserklosets in den Baracken.
"	Klosets, Heidelberger Tonnensystem	Ausserhalb der Stadt auf einer Anhöhe gelegen. Grundfläche für ein Bett im Zimmer mit 1 Bett 13,5 qm; im Zimmer mit 5 Betten 6,7 qm. Selbstständige Wasserleitung aus Brunnen.
"	Wasserklosets Senkgruben	In nächster Nähe bewohnter Stadttheile, auf einer Anhöhe. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Badezimmer.
"	Wasserklosets im Verwaltungsgebäude, sonst Heidelberger Tonnensystem	Ausserhalb der Stadt auf einer Anhöhe gelegen. Anschluss an die Wasserleitung des Ortes. Wäsche wird ausserhalb des Krankenhauses gereinigt. Badezimmer. Desinfectionsapparat. Gasbeleuchtung. Anschluss an die Ortskanalisation mit Leitung in die Emscher.

Krankenhäusern des Vereinsbezirkes in Verbindung; im Ibbenbürener Knappschaftsvereine finden kranke Mitglieder in den katholischen Krankenhäusern zu Ibbenbüren und Meltingen Pflege. Auch der Minden-Ravensberger Knappschaftsverein hat mit mehreren Krankenhäusern Verträge abgeschlossen, und die Mitglieder des Gottesgabener Knappschaftsverein werden bei nothwendig werdender Krankenhausbehandlung im Krankenhause zu Rheine untergebracht.

Im Oberbergamtsbezirk Bonn hat der Eschweiler Knappschaftsverein mit den Hospitälern Eschweiler, Stolberg und Langerwehe Verträge abgeschlossen, und aus dem Eifel-Knappschaftsverein werden in schwierigen Krankheits- und Verletzungsfällen die Vereinsmitglieder in die klinischen Anstalten zu Bonn geschickt. Dasselbe geschieht mit den Mitgliedern des Knappschaftsvereins der Stromberger Neuhütte, die ihre Mitglieder ausserdem in die Augenheilanstalt nach Wiesbaden und in das Hospital nach Bingen sendet.

Das dem Neunkirchener Knappschaftsverein zur Verfügung stehende Lazareth gehört den Werkseigenthümern und ist dem Verein pachtweise überlassen.

Auch das Lazareth der Dillinger Hüttenwerke gehört den Werks-eigenthümern; dasselbe ist dem Knappschaftsverein unentgeltlich überlassen; die Lazaretheinrichtung dagegen ist Eigenthum des Vereins. Vom Neuen St. Wendeler Knappschaftsvereine werden schwerkranke Mitglieder in dem Hospital zu St. Wendel untergebracht.

Im Olper Knappschaftsverein legt man die schwerkranken Mitglieder soweit erforderlich, in die städtischen Krankenhäuser zu Olpe, Attendorn, Altenhunden, beziehungsweise in die Klinik zu Giessen. Auch aus dem Arnsberger Knappschaftsverein werden die Mitglieder erforderlichenfalls in dem Krankenhause zu Altenhunden oder in der Universitätsklinik zu Giessen untergebracht.

Die Mitglieder des Wetzlarer Knappschaftsvereins kommen im Bedarfsfalle nach Giessen oder Marburg in die dortigen Universitätsklinien, in die berufsgenossenschaftliche Heilanstalt zu Bonn, oder auch in das städtische Krankenhaus nach Wetzlar. Dem Deutzer Verein dient das Krankenhaus zu Bensberg zur Aufnahme der schwerer erkrankten Mitglieder.

Trotz dieser zahlreichen Verträge mit Krankenhäusern, die theils Gemeinden, dem Staate oder den Werksbesitzern gehören, giebt es eine grössere Anzahl von allerdings kleinen Vereinen, die anscheinend ohne Verbindung mit einem Krankenhause stehen, und deren Mitglieder somit auf die Wohlthaten der Krankenhausbehandlung verzichten müssen.

Die 28 eigenen Lazarethe der Knappschaftsvereine im Jahre 1895 vertheilen sich auf die einzelnen Oberbergamtsbezirke in folgender Weise:

Im Oberbergamtsbezirk Breslau	mit 3 Vereinen	befinden sich 13 Lazarethe
" " Halle	" 13	" " " 3 "
" " Clausthal	" 4	" " " 0 "
" " Dortmund	" 11	" " " 1 "
" " Bonn	" 43	" " " 11 "
	<u>74</u>	<u>28</u>

Oder wenn wir die Zahl der beteiligten Werke und der auf ihnen beschäftigten Arbeiter zum Vergleiche heranziehen, so entfallen:

im Oberbergamtsbezirk	auf 1 den Knappschaftsvereinen gehörendes Lazareth	Werke	Arbeiter
Breslau	1	13	70410
Halle	1	141	18189
Dortmund	1	195	164312
Bonn	1	73	9272

Das aus diesen Zahlen mit grosser Deutlichkeit hervorgehende Bestreben der Knappschaftsvereine für ihre Lazarethkranken Mitglieder fremde Krankenhäuser in Anspruch zu nehmen, dürfte wohl hauptsächlich ökonomische Gründe haben, wobei es allerdings zweifelhaft bleibt, ob sich dieselben rechtfertigen lassen, und ob nicht der zunächst nothwendige Mehraufwand durch eine Reihe von vortheilhaften Wirkungen, die schliesslich der Kasse zu Gute kommen, reichlich aufgewogen wird.

Die Sectionen der Knappschafts-Berufsgenossenschaft haben dort, wo die Verhältnisse die Nothwendigkeit besonders dringend erscheinen liessen, chirurgische und lediglich für Betriebsverletzungen bestimmte Lazarethe zu errichten begonnen, so beispielsweise die Anstalt „Bergmannsheil“ bei Bochum, weil der allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum über kein eigenes Krankenhaus verfügt. Ausserdem haben sich die Sectionen entweder selbst in den Besitz von medico-mechanischen Apparaten gesetzt oder sie stehen in Verbindung mit solchen Instituten, wie sie jetzt in allen grösseren Städten vorhanden sind.

Das Verfahren bei Unglücksfällen regelt sich nach den §§ 204 bis 206 des Berggesetzes, den §§ 51, 55 und 56 des Unfall-Versicherungsgesetzes, den §§ 224, 232 und 266 des Strafgesetzbuches und den §§ 156—161 der Strafprocessordnung¹⁾.

Nach dem Berggesetz werden die Unglücksfälle auf Bergwerken bergpolizeilich untersucht, wenn dieselben schwerer Natur sind; aber auch leichtere werden bergpolizeilich untersucht, wenn dabei eine Uebertretung bergpolizeilicher Vorschriften, oder Vorsatz oder strafbare Fahrlässigkeit in Frage kommt. Ereignet sich daher auf einem Bergwerke ein Unglücksfall, so sind die Betriebsführer zur sofortigen Anzeige desselben an den Revierbeamten und die nächste Polizei-Behörde verpflichtet. Der Revierbeamte hat sich an Ort und Stelle zu begeben und etwaige Rettungs- und Sicherheitsarbeiten zu veranlassen. So lange

¹⁾ Engels, Preussisches Bergrecht. S. 37.

er nicht anwesend ist, kann die Ortpolizei-Behörde solche Arbeiten anordnen, Verweigerung von Hilfe wird bestraft.

Der Knappschaftsarzt ist nach seinem Vertrag verpflichtet jedweder Requisition irgendwelchen Grubenbeamten oder Aufsehers zur Hülfeleistung auf das Werk augenblicklich Folge zu leisten.

Auf den Werken sind die nothwendigsten Einrichtungen zur Anlegung von Nothverbänden getroffen, und die Werke selbst oder die Vereine besitzen Krankentragen und Krankentransportwagen, auf denen die Verletzten, nachdem ihnen in einem dazu bestimmten und ausgerüsteten Raume die erste Hülfe gewährt worden ist, in das Lazareth oder in ihre Behausung geschafft werden. Dem Arzte stehen gewöhnlich ein oder mehrere für die erste Hülfeleistung ausgebildete Aufseher oder Beamte der Grube zur Seite, die auch bis zum Eintreffen des Arztes, oder vor der Herausbeförderung aus der Grube die nothwendigsten Maassnahmen, Blutstillung, künstliche Athmung etc. selbstständig zu verrichten haben. Freilich bringen es gerade die Verhältnisse der Grube mit sich, dass eine schnelle Hülfe nicht leicht durchführbar ist; denn schon die Herausbeförderung eines Schwerverletzten aus der Grube macht häufig grosse Schwierigkeiten und ist meist sehr zeitraubend.

Das in neuerer Zeit besonders hervortretende Streben, den weniger Bemittelten und den Arbeitern die Wohlthaten eines auf dem hygienisch-diätetischen Verfahren Brehmer's beruhenden Behandlungsweise der Lungenschwindsucht zugänglich zu machen, hat auch von Seiten der knappschaftlichen Invaliditätsversicherung und zwar der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse zu Halle a. S. zur Errichtung einer derartigen Lungen-Heilstätte geführt.

Nach dem Wortlaut der „Denkschrift betreffend die Einrichtung einer Heilanstalt für lungenkranke Versicherte der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse“ verfolgt die Invaliditätsversicherung nicht nur den Zweck „den Arbeitsunfähigen durch Gewährung einer Rente vor der Noth zu bewahren: ihre Fürsorge geht viel mehr weiter, dem Versicherten ist mehr damit gedient, dass er vor der Invalidität bewahrt wird, als dass er den geringen Betrag der Rente erhält; und auch für die Versicherungsanstalt ist es vortheilhafter zum Zwecke der Verhütung der Invalidität eine einmalige Aufwendung zu machen, als Jahre hindurch eine Rente zu zahlen.“

Im Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889 ist auf eine derartige Auffassung im § 12 Rücksicht genommen, nach welchem die Versicherungsanstalten ermächtigt sind, für erkrankte Versicherte ein besonderes Heilverfahren zu veranlassen, sofern als Folge der Krankheit eine Invalidität zu befürchten ist, welche den Anspruch auf eine reichsgesetzliche Invalidenrente begründen würde. Die Kosten dieses besonderen Heilverfahrens fallen natürlich den Versicherungsanstalten zur Last. Bei Errichtung einer derartigen Anstalt erwartet, wie oben angeführt, die Norddeutsche Knappschafts-Pensionskasse noch

einen materiellen Vortheil unter Zugrundelegung folgender Berechnung:
 „Nimmt man an, es gelänge im Laufe eines Jahres von den 200 Pflinglingen der Anstalt (50 Betten mit 13 wöchentlicher Pflege) nur $\frac{1}{4}$ so erheblich zu bessern, dass der Eintritt der Invalidität um eine längere Reihe von Jahren — sagen wir um etwa 5 Jahre — hinausgeschoben wird, während bei $\frac{2}{4}$ nur eine geringe Besserung mit einer Verzögerung der Invalidität um 1—2 Jahr, bei dem letzten $\frac{1}{4}$ überhaupt keine Besserung zu erzielen ist, so bedeutete dieser, gewiss nur sehr bescheidene Erfolg schon ein Ersparniss von insgesamt $50 \times 5 + 100 \times 1\frac{1}{2} = 400$ Renten, oder — wenn man den jährlichen Cassen-antheil an einer Invalidenrente auf durchschnittlich 150 M. annimmt — einer Summe von 60 000 M. Einen grösseren Zuschuss wird aber die Anstalt selbst auch niemals erfordern.“

Ob diese Berechnung zutreffend ist, wird die Zukunft lehren. Jsdendfalls dürfte die durch die Anstaltspflege und Behandlung eingetretene Besserung in vielen Fällen durch die Wiederaufnahme der Arbeit mit ihren vielen Schädlichkeiten schnell wieder vernichtet werden. Von besonderem Vortheil dagegen erscheint es, dass die Pflinglinge in solchen Anstalten genau über ihr Leiden unterrichtet und darüber unterrichtet werden, wie sie sich in ihrem eigenen Interesse und im Interesse ihrer Umgebung zu verhalten haben, um ihre Leiden nicht zu verschlimmern und die Ansteckungsgefahr für Andere zu vermindern.

In einzelnen Fällen haben Preussische Knappschaftsvereine Bade-einrichtungen für medicinische Bäder, Wannenbäder und irisch-römische Bäder (der Mansfelder Knappschaftsverein) oder sie haben in Curorten Häuser und Einrichtungen, die ihren Mitgliedern den Curgebrauch ermöglichen (der Oberschlesische Knappschaftsverein in Goczalkowitz). Statutenmässig dafür gesorgt ist bei allen Knappschaftsvereinen, dass bei nachweisbarem Bedarf den Mitgliedern zum mindesten ein Theil der durch den Badeaufenthalt entstandenen Unkosten auf Beschluss des Vorstands ersetzt werden kann.

In vereinzelt Fällen besitzen die Knappschaftsvereine für ihre Invaliden und Waisen Siechen- und Waisenhäuser, so beispielsweise der Saarbrücker Knappschaftsverein im Oberbergamtsbezirk Bonn, der ein Siechen- und 2 Waisenhäuser besitzt.

Da die Verabreichung freier Medicin an die Mitglieder von früher Zeit her zu den Aufgaben der Knappschaft gehört, längst bevor durch das Krankenversicherungsgesetz eine dahin gehende gesetzliche Vorschrift erfolgte, so haben schon von Alters her die meisten Vereine mit allen oder einzelnen Apotheken ihres Curbezirks Verträge abgeschlossen, in denen den Verbänden eine Preisermässigung der Medicamente zugesichert wird.

Sie haben ferner Bestimmungen getroffen, dass die Knappschafts-ärzte die verabreichten Medicamente auf ihre gute Beschaffenheit zeitweilig zu prüfen haben, ebenso wie die Apotheken-Rechnungen, die vierteljährlich an den Vorstand eingehen.

Trotz der bedeutenden Ausgaben für die Krankenfürsorge, zu denen sich noch die für Wittwen- und Waisenunterstützungen, die Beihilfen für Begräbnisse der Mitglieder, die Kosten für den Schulunterricht, den Verwaltungsaufwand und für ausserordentliche Unterstützungen hinzugesellen, ist das Vermögen der Knappschaftsvereine in stetigem Steigen begriffen. Die nachfolgende Tabelle soll dies für die Preussischen Knappschaftsvereine zeigen:

Es betragen also:

Im Jahr	Die etatsmässigen Einnahmen	Die Ausgaben	Ueberschüsse	Schuldenfreies Vermögen
1886	18 727 870,55	18 396 124,20	331 746,53	26 751 949
1887	21 096 396,53	18 952 356,66	2 144 039,87	27 324 445
1888	21 847 609,84	19 684 873,10	2 162 736,74	31 633 958
1889	23 444 860,42	20 372 614,25	3 072 246,17	34 616 523
1890	25 677 264,76	21 995 622,25	3 681 642,51	38 010 904
1891	28 301 607,61	23 605 348,57	4 696 259,40	43 360 861
1892	29 123 347,26	25 121 671,60	4 001 676,20	48 271 522
1893	29 792 484,45	26 648 071,46	3 144 412,99	52 119 614
1894	30 457 197,22	27 390 505,27	3 066 691,95	56 252 656
1895	31 064 175,35	28 064 998,00	2 999 177,35	60 308 615

Das schuldenfreie Vermögen der Knappschaftsvereine Preussens hat sich somit in diesen 10 Jahren reichlich verdoppelt. Die Ueberschüsse sind in dieser Zeit bis zum Jahre 1891, wo sie über $4\frac{1}{2}$ Millionen betragen, gestiegen, um dann allmählig wieder 1895 auf 2,9 Millionen zu sinken.

Die etatsmässigen Einnahmen bestanden in:

Im Jahr	Laufenden Beiträgen der Arbeiter	Laufenden Beiträgen der Werksbesitzer	Eintrittsgeldern, Beitragsnachzahlungen, Straf-geldern etc.	Capitalzinsen	Nutzungen des Immobilienvermögens	Sonstigen Einnahmen
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
1886	48,28	43,65	1,09	4,86	0,26	1,86
1887	49,14	43,89	1,10	4,20	0,24	1,43
1888	49,37	43,33	1,21	4,36	0,13	1,60
1889	49,32	43,26	1,15	4,37	0,31	1,59
1890	50,00	43,07	0,97	4,27	0,17	1,52
1891	49,81	43,16	1,15	4,32	0,17	1,39
1892	50,28	42,45	0,92	4,82	0,16	1,37
1893	50,04	41,96	1,09	5,26	0,17	1,48
1894	50,91	41,90	0,54	5,50	0,21	0,94
1895	50,80	41,85	0,54	5,73	0,20	0,88

Die laufenden Beiträge der Arbeiter haben somit im Verhältniss zugenommen (48,28 pCt. im Jahre 1886 und 50,80 im Jahre 1895) und zwar um 2,58 pCt., wogegen die Beiträge der Werksbesitzer sich verhältnissmässig verminderten (43,65 pCt. im Jahre 1886 und 41,85 im Jahre 1895) um 1,80 pCt. Die nachstehende Uebersicht zeigt die Ausgabeposten ebenfalls in Verhältnisszahlen.

In Procenten von der Gesamtausgabe

Ausgaben für	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
Gesundheitspflege										
) Honorare der Aerzte	4,90	4,85	4,85	4,79	4,71	4,86	4,83	4,75	4,79	4,74
) Medicin und sonstige Kurkosten	8,97	9,23	9,55	9,53	10,39	10,34	11,19	9,17	8,62	9,21
) Krankenlöhne	14,49	13,14	13,43	13,24	15,04	16,77	18,52	19,50	17,93	32,05
Summe	28,36	27,22	27,83	27,56	30,14	31,97	34,54	33,42	31,34	32,05
Laufende Unterstützungen										
) für Invaliden	33,18	35,24	36,40	37,47	35,56	34,16	33,77	35,01	36,08	36,34
) für Wittwen	18,17	18,06	17,94	17,97	17,69	16,91	16,64	16,20	16,44	16,56
) für Waisen	10,00	9,87	9,74	9,40	8,75	8,13	7,70	7,38	7,38	7,23
Summe	61,35	63,17	64,08	64,84	62,00	59,20	58,11	58,59	59,90	60,13
Begräbnisskosten	1,05	1,08	1,05	1,13	1,26	1,14	1,19	1,26	1,11	1,17
Sonstige ausserordentliche Unterstützungen	0,60	0,57	0,63	0,72	0,71	0,67	0,61	0,55	0,63	0,62
Für Schulunterricht	2,09	1,76	1,47	0,65	0,59	0,40	0,32	0,34	0,29	0,25
Verwaltungsaufwand	2,87	2,96	2,76	2,70	2,76	2,81	2,38	2,39	2,36	2,38
Sonstige Ausgaben	3,68	3,24	2,18	2,40	2,54	3,81	3,85	3,45	4,37	3,40
Hauptsumme	100,00									

Man kann sich leicht aus dieser Tabelle davon überzeugen, dass die Honorare der Aerzte an dem allmöglichen Steigen der für Gesundheitspflege verausgabten Summen nicht Schuld tragen, da dieselben stetig in ihrem Antheil an der Gesamtausgabe heruntergegangen sind. Die bedeutende Abnahme der Posten für Wittwen und Waisen dürfte durch die Entlastung der Knappschaften durch die Berufsgenossenschaft ihre Erklärung finden.

Wenn man berücksichtigt, dass die „laufenden Unterstützungen für Invaliden“, und im Wesentlichen auch die Ziffern unter: „sonstige ausserordentliche Unterstützungen“ im weiteren Sinne mit unter die Rubrik „Krankenfürsorge“ gehören, so würden sich die oben unter Gesundheitspflege angeführten Ziffern noch wesentlich erhöhen und folgendermaassen lauten:

Ausgaben für Krankenfürsorge in Procenten der Gesamtausgabe

1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895
28,36	27,22	27,83	27,56	30,14	31,97	34,54	33,42	31,34	32,05
33,18	35,24	36,40	37,47	35,56	34,16	33,77	35,01	36,08	36,34
0,60	0,57	0,63	0,72	0,71	0,67	0,61	0,55	0,63	0,62
62,14	63,03	64,86	65,75	66,41	66,80	68,92	68,98	68,05	69,01

Ich füge schliesslich aus Simon's Zusammenstellungen¹⁾ zum Vergleiche mit den oben angeführten Verhältnissen in Preussen einige Zahlen aus den Deutschen Bundesstaaten und zwar aus den Jahren 1885—1893 an. Danach betrug in Sachsen die Zahl der Knappschaftsvereine 29 mit einer Gesamtmitgliederzahl von 26 077 am Jahresschlusse 1885 und 26 953 Ende 1890. Am Schluss des Jahres 1891 belief sich die Zahl der activen Mitglieder auf 31 269 und am Schluss des Jahres 1892 auf 30 600.

Die Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben stellten sich in den einzelnen Jahren wie folgt:

	1885	1890	1891	1892	1893
Gesamteinnahmen	2 204 945,63	3 025 038,03	3 683 463,89	2 871 289,19	3 980 489,66
Gesamtausgaben	1 992 952,79	2 780 981,14	3 586 035,90	2 800 630,31	2 816 915,98
Mehreinnahmen	211 992,84	244 056,89	97 427,99	70 658,88	1 163 573,68

Die Einnahmen vertheilen sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträge der Mitglieder . . .	28,38	24,6	27,7	35,8	26,3
Beiträge der Werksbesitzer .	28,00	24,1	27,7	35,8	26,2
Zinsen und sonstige Vermögenserträge	24,12	12,4	11,0	15,9	12,3
Sonstige Einnahmen	29,50	38,9	33,6	12,5	35,2

¹⁾ l. c. S. 16 ff.

Die Gesamtausgaben setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Pensionen	50,98	45,7	34,1	43,1	41,9
Sterbegelder	0,52	0,5	0,5	0,7	0,6
Ausserordentliche Unterstü- zungen	0,62	0,8	0,1	0,2	0,1
Verwaltungskosten	1,54	1,2	1,1	1,7	1,8
Sonstige Ausgaben	46,34	51,8	64,2	54,3	55,6

Das schuldenfreie Vermögen belief sich am Schlusse des Jahres:

1885	auf	7 501 896,20	Mk.
1890	"	10 231 334,12	"
1891	"	11 561 970,31	"
1892	"	12 626 861,57	"
1893	"	13 971 926,15	"

Auf ein Mitglied entfiel ein Antheil von:

1885	—	287,68	Mk.
1890	—	379,60	"
1891	—	369,76	"
1892	—	412,64	"
1893	—	453,60	"

In Bayern waren im Jahre:

1885	—	40	Vereine	auf	77	Werken	mit	5308	Mitgliedern
1890	—	42	"	"	84	"	"	7245	"
1891	—	42	"	"	84	"	"	7479	"
1892	—	43	"	"	86	"	"	7671	"
1893	—	43	"	"	80	"	"	7663	"

Die Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben stellten sich in den einzelnen Jahren folgendermaassen:

	Gesamteinnahmen	Gesamtausgaben
	M.	M.
1885	476 800,10	434 850,56
1890	667 890,38	594 250,45
1891	676 893,45	588 796,86
1892	762 597,89	665 703,26
1893	796 430,31	733 951,23

Die rechnungsmässigen Einnahmen vertheilen sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträge der Vereinsmitglieder	47,02	49,6	49,7	45,6	45,8
Beiträge der Werksbesitzer	28,84	28,1	27,8	34,8	32,7
Zinsen	19,90	16,9	17,4	16,8	17,0
Sonstige Einnahmen	4,24	5,4	5,1	2,8	3,5

Die rechnungsmässigen Ausgaben setzen sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Krankenversorgung und Be- gräbnisskosten	36,88	44,9	43,5	45,4	43,8
Pensionen	57,04	49,0	49,9	47,1	49,3
Unterstützungen	3,14	2,4	2,5	2,5	2,5
Verwaltungskosten	2,94	3,7	4,1	5,0	4,4

Auf ein Mitglied entfielen in den einzelnen Jahren durchschnittlich folgende Beträge:

	1885	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.	M.
Mitgliederbeiträge	32,85	38,17	38,08	37,79	39,68
Werksbesitzerbeiträge	20,15	21,61	21,32	28,86	29,14

Das schuldenfreie Vermögen der Knappschaftsvereine stellte sich am Schluss des Jahres:

1885	auf	2 116 639,36	Mk.
1890	„	2 733 789,22	„
1891	„	2 888 944,12	„
1892	„	3 075 561,85	„
1893	„	3 249 274,31	„

Württemberg.

1885 bestanden 4 Knappschaftsvereine mit 2201 Mitgliedern.

Die Gesamteinnahmen betragen 180701,98 Mk.

Die Gesamtausgaben betragen 154312,43 Mk.

Das schuldenfreie Vermögen stellte sich auf 365257,59 Mk.

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

Beiträgen der Mitglieder	82 568,87 Mk.
Beiträgen der Werksbesitzer . .	66 410,06 „
Capitalzinsen	14 352,38 „
Sonstigen Einnahmen	17 370,67 „

Die Ausgaben setzten sich zusammen aus:

Krankengeldern, Arzt u. Apotheke	50 095,64 Mk.
Pensionen und Unterstützungen	89 922,82 „
Verwaltungskosten	3 748,92 „
Sonstigen Ausgaben	10 545,05 „

Nachdem am 1. Juli 1886 ein Knappschaftsverein (der Friedrichshaller Knappschaftsverein) eingegangen, waren die Ergebnisse der übriggebliebenen 3 Vereine für die Zeit von 1890—1893 folgende:

a) Knappschaftsverein der vereinigten Königlichen Eisenwerke:

1890 mit 1582 Mitgliedern	
1891 „ 1550	„
1892 „ 1526	„
1893 „ 1515	„

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen M.	die Gesamtausgaben M.	das Vermögen M.
1890	159 814,89	146 850,05	186 172,86
1891	150 185,68	153 034,41	187 388,35
1892	154 095,41	153 591,08	186 922,63
1893	159 494,90	160 041,28	185 914,37

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890 M.	1891 M.	1892 M.	1893 M.
Beiträgen der Mitglieder .	75 836,77	69 867,71	69 237,35	72 377,32
Beiträgen der Werksbesitzer	66 966,51	61 616,95	60 572,71	62 015,20
Kapitalzinsen	7 824,24	8 084,23	8 108,61	8 102,29
Sonstigen Einnahmen . . .	10 187,29	10 616,79	16 176,74	17 000,09

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Krankengelder, Arzt, Apotheke	26 367,91	31 350,13	31 975,98	34 078,83
Pensionen und Unterstützungen	117 072,41	118 669,91	118 544,96	120 886,80
Verwaltungskosten . . .	2 096,00	1 934,91	1 814,70	1 863,30
Sonstige Ausgaben . . .	1 313,73	1 079,46	1 255,44	3 212,35

b) Knappschaftsverein der vereinigten Königlichen Salzwerke:

1890 mit 410 Mitgliedern

1891 „ 405 „

1892 „ 424 „

1893 „ 444 „

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen	die Gesamtausgaben	das Vermögen
	M.	M.	M.
1890	31 505,41	29 023,22	165 535,98
1891	34 093,58	31 710,29	168 301,08
1892	31 977,96	33 064,78	166 318,42
1893	34 624,76	35 245,53	164 414,37

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Beiträgen der Mitglieder .	9 475,63	10 841,96	11 297,68	11 474,30
Beiträgen der Werksbesitzer	10 605,59	10 448,30	8 322,55	8 404,03
Kapitalzinsen	6 844,85	6 818,63	6 772,41	6 773,60
Sonstigen Einnahmen . . .	4 579,34	5 984,69	5 585,32	7 972,83

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890	1891	1892	1893
	M.	M.	M.	M.
Krankengelder, Arzt, Apotheke	6 511,78	8 214,43	8 884,79	8 706,49
Pensionen und Unterstützungen	20 856,47	22 031,54	22 854,41	24 953,85
Verwaltungskosten . . .	947,91	1 003,24	920,35	1 046,20
Sonstige Ausgaben . . .	707,06	461,08	405,23	588,99

c) Knappschaftsverein des Salzwertes Heilbronn:

1890 mit 202 Mitgliedern

1891 " 207 "

1892 " 199 "

1893 " 202 "

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen M.	die Gesamtausgaben M.	das Vermögen M.
1890	14 809,64	7 363,94	50 508,87
1891	15 944,38	5 523,09	60 671,38
1892	16 379,01	6 705,78	69 788,31
1893	16 845,97	7 702,26	78 323,96

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1890 M.	1891 M.	1892 M.	1893 M.
Beiträgen der Mitglieder	6 250,70	6 671,10	6 695,58	6 662,50
Beiträgen des Werkes	6 250,70	6 669,20	6 700,38	6 667,10
Kapitalzinsen	1 860,61	2 151,37	2 506,51	2 954,67
Sonstigen Einnahmen	447,63	452,61	476,54	561,70

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1890 M.	1891 M.	1892 M.	1893 M.
Krankenlohn und Krankenverpflegung	6 103,81	4 697,87	5 930,02	6 549,75
Pensionen	773,40	490,00	460,00	742,66
Verwaltungskosten	188,15	212,20	236,25	322,85
Sonstige Ausgaben	298,58	122,92	79,51	87,00

Grossherzogthum Hessen.

Im Jahr 1885 bestanden 7 Vereine mit 1153 Mitgliedern

"	"	1890	"	8	"	"	1796	"
"	"	1891	"	7	"	"	2056	"
"	"	1892	"	6	"	"	1712	"
"	"	1893	"	6	"	"	1715	"

Ferner waren noch 110 beurlaubte, oder nicht vollbeitragende ständige Mitglieder und arzeneiberechtigte Personen vorhanden:

Es betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	Ueberschuss
	M.	M.	M.
1885	32 693,21	22 769,63	9 923,68
1890	41 600,17	33 080,27	8 519,90
1891	41 687,47	34 202,17	7 485,20
1892	38 771,66	28 882,16	9 889,50
1893	40 106,47	35 816,38	4 290,09

Die Einnahmen bestanden aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Mitglieder . . .	34,6	38,9	38,5	37,8	38,3
Beiträgen der Werksbesitzer . .	20,4	20,5	20,6	20,4	20,1
Kapitalzinsen	39,4	32,9	33,6	36,5	36,6
Sonstigen Einnahmen	5,6	7,7	7,3	5,3	5,0

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Heilungskosten, Krankenlöhne, Begräbnisskosten	33,1	38,9	37,8	30,3	31,4
Pensionen und Unterstützungen	58,5	52,6	52,4	59,1	58,4
Verwaltungskosten	6,3	5,9	6,9	9,2	8,3
Sonstige Ausgaben	2,1	2,6	2,9	1,4	1,9

Das Vermögen der Vereine erreichte Ende:

1885	—	306 819,45	Mk.
1890	—	349 371,94	"
1891	—	356 599,60	"
1892	—	364 414,21	"
1893	—	374 891,35	"

Herzogthum Braunschweig mit 2 Knappschaftsvereinen:

	im Jahre 1885	mit 1445	Mitgliedern	
" "	1890	" 1971	"	
" "	1891	" 1953	"	
" "	1892	" 1874	"	
" "	1893	" 1946	"	

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen M.	die Gesamtausgaben M.	das Vermögen am Schluss des Jahres M.
1885	54 227,00	51 458,90	103 744,00
1890	69 593,26	60 121,75	134 640,00
1891	92 521,82	80 783,66	146 220,00
1892	89 662,31	78 125,25	158 121,00
1893	95 161,48	84 482,71	168 832,00

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Mitglieder	57,4	58,8	50,0	49,7	49,8
Beiträgen der Werksbesitzer	33,0	32,5	43,7	43,5	43,6
Kapitalzinsen	6,8	6,9	5,3	6,1	6,1
Sonstigen Einnahmen	2,8	1,8	1,0	0,7	0,5

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1894
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Pensionen	65,0	60,4	43,7	44,4	40,6
Begräbnissbeihilfen	1,6	1,9	1,6	1,1	1,5
Sonstige Unterstützungen	0,8	0,4	0,3	0,2	0,3
Krankenkosten	29,3	34,0	23,4	23,6	28,0
Verwaltungskosten	2,3	3,0	2,9	3,4	4,0
Sonstige Ausgaben	1,0	0,3	28,1	27,3	25,6

Herzogthum Sachsen-Meiningen.

Der Knappschaftsverein zu Saalfeld hatte:

	im Jahre 1885	— 271	Mitglieder
" "	1890	— 207	"
" "	1891	— 190	"
" "	1892	— 201	"
" "	1893	— 190	"

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen	die Gesamtausgaben	Ueberschuss der Einnahmen über die Ausgaben
	M.	M.	M.
1885	12 630,47	10 192,66	2 437,81
1890	10 880,40	8 299,66	2 580,74
1891	10 666,51	10 207,38	459,13
1892	16 396,82	15 177,29	1 224,53
1893	10 412,29	8 279,45	2 132,84

Das Vereinsvermögen betrug am Schluss des Jahres:

1885 — 38 140,00 Mk.

1890 — 29 381,31 „

1891 — 26 246,31 „

1892 — 21 404,84 „

1893 — 17 364,29 „

Herzogthum Sachsen-Altenburg.

Die Zahl der Mitglieder betrug im Jahre:

1885 — 2851

1890 — 1478 (313 ständige und 1165 unständige)

1891 — 1591 (310 „ „ 1281 „)

1892 — 1658 (320 „ „ 1338 „)

1893 — 1773 (320 „ „ 1453 „)

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen	die Gesamtausgaben	Ueberschuss der Einnahmen über die Ausgaben
	M.	M.	M.
1885	28 210,16	27 786,72	423,44
1890	72 301,41	67 720,90	4 580,51
1891	78 739,63	73 457,77	5 281,86
1892	82 800,40	78 169,42	4 630,98
1893	90 730,21	83 135,92	7 594,29

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Vereinsgenossen	50,1	37,8	37,1	37,0	36,9
Beiträgen der Werksbesitzer . .	38,2	35,5	35,3	35,8	36,2
Zinsen	9,0	4,8	5,0	4,8	4,4
Sonstigen Einnahmen	2,7	21,9	22,6	22,4	22,5

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Pensionen und Unterstützungen	26,3	14,4	13,1	14,3	14,5
Krankengelder und Begräbnisskosten	21,0	28,5	27,4	23,7	29,5
Cur- und Arzneikosten	34,4	20,0	21,1	20,9	20,4
Verwaltungskosten	8,5	5,3	6,9	6,2	5,9
Sonstige Ausgaben	9,8	31,8	31,5	34,9	29,7

Das Vermögen betrug am Ende des Jahres:

1885 —	68 143,51 Mk.
1890 —	114 486,69 „
1891 —	117 008,31 „
1892 —	121 425,94 „
1893 —	124 306,02 „

Herzogthum Anhalt.

Auf 16 Werken waren beschäftigt:

im Jahre 1885 —	3350 Mitglieder
„ „ 1890 —	3796 „
„ „ 1891 —	4235 „
„ „ 1892 —	4438 „
„ „ 1893 —	4278 „

Es betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	die Mehr- einnahmen
	M.	M.	M.
1885	122 964,07	106 120,34	16 843,73
1890	175 057,12	136 945,79	38 111,33
1891	423 735,16	391 084,62	32 650,54
1892	396 911,24	378 617,86	18 293,38
1893	333 121,02	318 382,74	14 738,28

In den Einnahmen sind enthalten:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträge der Vereinsmitglieder	42,5	51,5	23,6	28,2	31,9
Beiträge der Werksbesitzer . . .	41,8	37,5	17,2	20,6	23,3
Zinsen	13,3	10,1	4,5	5,6	6,1
Sonstige Einnahmen	2,4	0,9	54,7	45,6	38,7

Die Ausgaben vertheilen sich, wie folgt:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Cur-, Arzneikosten, Krankengelder	43,9	42,6	19,1	26,6	33,7
Pensionen und Unterstützungen	49,5	51,4	20,0	24,1	30,9
Verwaltungskosten	4,5	5,5	2,3	3,4	3,1
Sonstige Ausgaben	2,1	0,5	58,6	45,9	32,3

Das Vermögen betrug am Schluss des Jahres:

1885 — 331 868,73 Mk.

1890 — 499 431,93 „

1891 — 532 082,47 „

1892 — 550 375,60 „

1893 — 520 413,88 „

Fürstenthum Waldeck.

Der Verein hatte:

im Jahre 1885 — 136 Mitglieder

„ „ 1890 — 230 „

„ „ 1891 — 240 „

„ „ 1892 — 246 „

„ „ 1893 — 270 „

Es betragen:

	die Gesamteinnahmen-	die Gesamtausgaben
	M.	M.
1885	675,90	258,75
1890	663,80	486,0
1891	720,50	614,21
1892	916,15	529,05
1893	900,60	609,20

Das Vermögen stellte sich am Schlusse von:

1885 auf 4 687,85 Mk.

1890 „ 5 982,68 „

1891 „ 5 846,16 „

1892 „ 6 233,26 „

1893 „ 6 524,66 „

Fürstenthum Schwarzburg.

In 2 Knappschaftsvereinen im Jahre:

1885	befinden sich	111	Mitglieder
1890	" "	98	"
1891	" "	184	"
1892	" "	108	"
1893	" "	104	"

Es betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	der Ueber- schuss
	M.	M.	M
1885	5 532,33	2 323,32	3 209,01
1890	11 776,94	10 583,70	1 193,24
1891	9 945,21	8 747,41	1 197,80
1892	12 197,13	11 541,83	655,30
1893	15 299,97	13 959,65	1 340,32

Das Vermögen beider Vereine betrug zusammen:

im Jahr 1885	—	36 948,07	Mk.
" "	1890	—	48 512,97
" "	1891	—	51 197,18
" "	1892	—	53 063,26
" "	1893	—	54 412,85

Elsass-Lothringen.

In 2 Knappschaftsvereinen befanden sich:

im Jahre 1885	—	3458	Mitglieder
" "	1890	—	3851
" "	1891	—	4118
" "	1892	—	4072
" "	1893	—	4380

Es betragen:

	die Gesamt- einnahmen	die Gesamt- ausgaben	Ueberschuss	Zuschuss
	M.	M.	M.	M.
1885	65 105,81	66 325,43		1 219,62
1890	105 206,73	91 482,65	13 724,08	
1891	98 158,49	95 716,85	2 441,64	
1892	97 660,65	99 589,44		1 928,79
1893	105 986,28	104 662,59	1 323,67	

Die Einnahmen setzten sich zusammen aus:

	1885	1890 *	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Beiträgen der Mitglieder . . .	60	59,7	55,3	53,5	53,5
Beiträgen der Werksbesitzer . .	30,0	29,9	33,1	26,7	26,8
Ausserordentlichem Zuschuss der Werksbesitzer	—	—	—	8,0	8,6
Capitalzinsen	9,3	10,2	11,4	11,7	10,9
Sonstigen Einnahmen	0,7	0,2	0,2	0,1	0,2

Die Ausgaben vertheilten sich auf:

	1885	1890	1891	1892	1893
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
Gesundheitspflege der Invaliden	2,5	1,5	0,7	0,7	0,7
Begräbnissbeihilfen	0,6	0,6	0,7	0,9	0,9
Pensionen an Invaliden	43,2	51,4	53,0	55,6	56,6
Pensionen an Wittwen	31,2	28,5	28,8	29,0	29,0
Pensionen an Waisen	21,0	16,3	15,7	13,1	12,2
Verwaltungsaufwand	—	—	—	—	—
Sonstige Ausgaben	1,5	1,7	1,0	0,7	0,6

Das Vermögen stellte sich am Schluss des Jahres:

1885	auf	250 976,73	Mk.
1890	„	310 022,13	„
1891	„	312 241,56	„
1892	„	309 981,36	„
1893	„	311 110,51	„

Aus den zusammenfassenden Schlussergebnissen füge ich hier noch bei, dass im Durchschnitt von sämtlichen Deutschen Knappschaftsvereinen der Jahre 1885, 1890 bis einschliesslich 1893 zusammen für ein Mitglied jährlich 60,26 M. geleistet worden sind, von denen das Mitglied selbst 32,33 M. und der Unternehmer 27,93 entrichtete. Die Unterstützungen der Invaliden ergeben als durchschnittliche Unterstützungssumme 217,66 M.

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

2. Anhang.

Für Dienstboten.

Von

Dr. **Otto Mugdan** in Berlin.

Durch das Krankenkassenversicherungsgesetz haben Dienstboten, d. h. solche Personen, welche sich zu gemeinen häuslichen und wirtschaftlichen Diensten verpflichtet haben (§ 4) die Berechtigung erhalten, der Gemeindekrankenversicherung ihres Ortes beizutreten. Machen sie von dieser Berechtigung Gebrauch, so ist die Herrschaft nicht verpflichtet, ein Drittel der Beiträge zu zahlen; es kann auch statutarisch eine Ortskrankenkasse bestimmen, dass Dienstboten ihr beitreten können (§ 26 a), in welchem Falle die Herrschaft auch keinen Zuschuss zum Beiträge leisten muss; natürlich kann sie freiwillig die Versicherungsbeiträge ganz oder theilweise übernehmen. Es ist bei den Verhandlungen über die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz mehrfach der Antrag gestellt worden, die Dienstboten der statutarischen Versicherungspflicht zu unterwerfen. Dies wurde aber immer abgelehnt. Es wurde hingewiesen, dass in allen Deutschen Bundesstaaten in irgend einer Weise schon durch Landesgesetz die Krankenfürsorge der Dienstboten geregelt sei; eine reichsgesetzliche Regelung der Krankenfürsorge für Dienstboten würde örtliche Verhältnisse garnicht berücksichtigen können.

Aber die Krankenfürsorge für Dienstboten ist in den einzelnen Bundesstaaten eine ganz verschiedene und wird zumeist durch die veralteten Gesindeordnungen festgesetzt.

Doch haben einige Bundesstaaten — Baden, Württemberg, Hamburg, Lübeck, Braunschweig — bundesstaatlich die Versicherungspflicht der Dienstboten ausgesprochen, obwohl die Befugniss der Landesgesetzgebung den reichsgesetzlichen Versicherungszwang auszudehnen strittig ist. Diese Dienstboten-Krankenkassen gewähren gewöhnlich einen Kran-

kengeldanspruch nicht, um das Gesinde nicht zur Simulation zu verführen, auch geben sie der Herrschaft das Recht den erkrankten Dienstboten — selbst gegen seinen Willen — einem Krankenhause zu überweisen.

In Bayern bestand eine gemeindliche Krankenversicherung für alles Gesinde schon nach dem Gesetz vom 29. April 1869 über die öffentliche Armen- und Krankenpflege. Hiernach ist den Dienstboten, welche ausserhalb ihrer Heimath im Dienste stehen, oder innerhalb derselben, ohne einen eigenen Haushalt zu haben oder bei ihren Eltern wohnen zu können, in Erkrankungsfällen von der Gemeinde des Dienstortes die erforderliche Hülfe zu leisten, für ärztliche Behandlung nebst Pflege und Heilmitteln für die Dauer von 90 Tagen. Die Gemeinden sind berechtigt, von allen im Gemeindebezirk wohnenden Dienstboten einen Beitrag zu erheben, der wöchentlich nicht mehr als 15 Pfennige betragen darf. Die Herrschaften haben zwar für die richtige Bezahlung dieses Beitrages zu haften, sind aber nicht verpflichtet, zu demselben aus eigenen Mitteln etwas zu leisten.

Ferner gestattet das Bayerische Ausführungsgesetz zum Krankenversicherungsgesetz, dass die Dienstboten durch Communalstatut der Gemeindekrankenversicherung unterworfen werden können, wobei die Herrschaft ein Drittel der Beiträge zu bezahlen hat.

In Preussen bestimmt die Gesinde-Ordnung vom 8. November 1810, die im Gebiet des Allgemeinen Landrechtes Geltung hat und ausserdem mit der Gesinde-Ordnung für Neuvorpommern und Rügen übereinstimmt:

„Die Herrschaft ist schuldig, für die Cur und Verpflegung eines durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben erkrankten Dienstboten, sofern letzterem nicht ein vertretbares Verschulden zur Last fällt, zu sorgen, jedoch nur bis zur Beendigung der Dienstzeit. In diesem Zeitpunkte hat die Herrschaft der Ortsobrigkeit rechtzeitig entsprechende Anzeige zu machen, damit diese sich des Kranken annehmen kann.

Ist der Dienstbote nicht durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben erkrankt, so ist die Herrschaft zur Fürsorge für denselben nur dann verpflichtet, wenn er keine Verwandten in der Nähe hat, welche sich seiner anzunehmen vermögen und gesetzlich verpflichtet sind; in solchen Fällen darf aber die Herrschaft die Curkosten von dem Lohne in Abzug bringen.

Die Dienstherrschaft, die einen Dienstboten in einem öffentlichen Krankenhause unterbringt, ist auch für die Dauer der Dienstzeit die Cur zu übernehmen verbunden, selbst wenn die Krankheit nicht durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben entstanden ist“.

Ueber die Dienstzeit hinaus wird die Herrschaft zur Tragung der Kosten für die Cur und den nothdürftigen Unterhalt des im Dienste oder bei Gelegenheit desselben zu Schaden gekommenen Gesindes da verpflichtet, wo nach dem Allgemeinen Landrechte ein Machtgeber einen, dem Bevollmächtigten bei Ausrichtung des Geschäfts durch Zufall zu-

gestossenen, Schaden vergüten muss. — Diese Verpflegung dauert so lange, bis das Gesinde sich sein Brod selbst wieder verdienen kann.

Wenn der Dienstbote endlich durch Misshandlung der Herrschaft, ohne sein grobes Verschulden an seiner Gesundheit beschädigt worden ist, so hat er von ihr vollständige Schadloshaltung nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zu fordern.

Ebenso muss nach der Königlich Sächsischen Gesinde-Ordnung vom 10. Januar 1835 die Dienstherrschaft den erkrankten Dienstboten auf ihre Kosten auch über die Dienstzeit hinaus ärztlich behandeln lassen, wenn sie das Gesinde zu einer ihm nach seinen Dienstverhältnissen gewöhnlicher Weise nicht zukommenden und an sich für die Gesundheit gefährlichen Verrichtung genöthigt hat. In anderen Fällen stellt das Sächsische Recht den Dienstboten noch ungünstiger als das Preussische, indem es bei einer Erkrankung „lediglich aus natürlichen Ursachen“ eine Anerkennung der baar verwendeten Kosten, ausgenommen die für eine Stellvertretung, auf Lohn und Kostgeld gestattet.

In den meisten übrigen Gesindeordnungen finden sich ähnliche oder gleiche Bestimmungen. Bei Verschulden der Herrschaft oder bei Erkrankung durch den Dienst hat die Herrschaft die Pflege und den Unterhalt für erkranktes Gesinde auf die Dauer der Dienstzeit zu leisten, in anderen Fällen ist sie entweder zur vorläufigen Pflege und Unterhaltung des erkrankten Gesindes verpflichtet, bis die Verwandten des Gesindes oder die Obrigkeit Maassnahmen zu seiner Aufnahme getroffen haben, kann aber den Ersatz der Kosten von dem Gesinde oder dessen alimentationspflichtigen Verwandten verlangen oder sie ist zur Cur und Pflege bis Ablauf des Vertrages verpflichtet, darf aber ihre baaren Ausgaben am Lohne in Abrechnung bringen.

In der Rheinprovinz, Schleswig, Nassau, Anhalt, Sachsen-Meinigen, in den Hohenzollern'schen Landen und in einem Theile von Mecklenburg ist eine Maximaldauer (8 Tage!) bis 6 Wochen (Nassau) festgesetzt, bis zu welcher die Herrschaft erkranktes Gesinde bei sich verpflegen muss, nach deren Ablauf aber jede Verbindlichkeit der Herrschaft fortfällt.

In einigen Orten bestehen von den betreffenden Kreisen oder Communen unterhaltene Krankenhäuser, die kranken Dienstboten ohne Weiteres unentgeltliche Aufnahme und Pflege zu Theil werden lassen, doch sind diese Einrichtungen nur sehr vereinzelt. In Städten, in denen Krankenhäuser vorhanden, besteht gewöhnlich ein Krankenhausabonnement für erkrankte Dienstboten. Die Dienstherrschaft bezahlt an das Krankenhaus pro Dienstboten und Jahr eine bestimmte Summe, und dafür erhält der Dienstbote im Erkrankungsfalle freie Cur, Verpflegung und Wartung. In Berlin und Leipzig bestehen Abonnementsvereine, die gegen eine gewisse Prämie (5 M. pro Dienstboten) erkrankten Dienstboten des Abonnenten Aufnahme in ein von ihnen gewünschtes Krankenhaus verschaffen und so lange die Krankenhauskosten tragen, als die

Unterhaltungspflicht der Herrschaft dauert. Diese Abonnementsvereine stellen also für die Herrschaften eine Versicherung dar und sind gar nicht unter Wohlfahrtseinrichtungen zu rechnen.

Ohne weiteres wird man zugeben müssen, dass die Sicherstellung der Dienstboten gegen gesundheitliche Schädigung bisher in Deutschland, von den wenigen Staaten abgesehen, in denen landesgesetzliche Versicherungspflicht besteht, eine durchaus ungenügende ist. Durch das neue bürgerliche Gesetzbuch wird die Krankenfürsorge für die Dienstboten etwas gebessert.

Nach § 617 dieses Gesetzes haben (vom 1. Januar 1900) alle dauernd beschäftigten und in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Personen im Falle der Erkrankung einen Anspruch auf die erforderliche Verpflegung und ärztliche Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen, aber nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus, es sei denn, dass der Krankheitsfall von dem Dienstverpflichteten durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit verursacht wäre. Die Kosten (nach Wahl des Arbeitgebers kann Krankenhauspflege eintreten) dürfen von der während der Krankheitszeit geschuldeten Vergütung abgesetzt werden. Der Dienstherr hat nicht das Recht, diesen Leistungen im Krankheitsfalle dadurch sich zu entziehen, dass er wegen des letzteren den Dienstvertrag auf der Stelle löst; seine diesbezüglichen Pflichten können durch Vertrag nicht aufgehoben oder beschränkt werden, bevor der Dienstvertrag nicht völlig abgelaufen ist. Nur dann ist er von jeder Verbindlichkeit dieser Art frei, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung durch eine Versicherung oder eine Einrichtung der öffentlichen Krankenpflege (aber nicht der Armenpflege) Vorsorge geschaffen ist.

Diese Vorschriften werden voraussichtlich dahin führen, dass auch für die Dienstboten von Rechts wegen eine Krankenversicherung eingeführt wird. Natürlich wird man hier sich nicht schematisch an die Verhältnisse in den Arbeiterkrankenkassen anlehnen dürfen. Es würde z. B. unzweckmässig sein, die Dienstboten an der Verwaltung dieser Kasse theilnehmen zu lassen, und ebenso ist die Gewährung des Krankengeldes nicht so sehr nothwendig, da es sich hier ja meistens um unverheirathete Personen handelt; Dienstboten, die auf Gewährung eines Krankengeldes nicht verzichten wollen, könnten ja immer in die Gemeindekrankenversicherung aufgenommen werden, wobei zum Unterschied gegen jetzt auch die Dienstherrschaft einen Beitrag zu zahlen hätte. Bezüglich der Pflege wird man berücksichtigen müssen, dass in Städten jedenfalls immer Krankenhauspflege eintreten wird. Ganz zweckmässig scheint mir Lübeck die Krankenversicherung der Dienstboten eingerichtet zu haben. Die Kasse ist daselbst als städtische Gemeindeanstalt errichtet und wird vom Stadt- und Landrathe verwaltet, ohne dass Dienstherrschaften oder Dienstboten an der Verwaltung theilhaftig werden. Die Beiträge werden zu gleichen Theilen von Dienstherrschaft und Dienstboten bezahlt; sie werden ganz von der Dienstherrschaft eingezogen, die

ihrerseits berechtigt ist, die Hälfte bei jeder Lohnzahlung in Abzug zu bringen. Der Beitrag beträgt pro Jahr und Dienstboten acht Mark, wofür eine 13 wöchentliche Krankenunterstützung und ein Sterbegeld von 30 Mark gewährt wird. Der Dienstherrschaft oder dem behandelnden Arzte — in Lübeck sind zur Behandlung in der Gesindekrankenkasse alle Aerzte zugelassen — steht es zu, die Ueberführung des Dienstboten in ein Krankenhaus zu veranlassen. Bleibt dagegen der Dienstbote im Hause der Herrschaft oder auch im Hause von Verwandten, so erhält er freie ärztliche Behandlung und freie Arznei. Er hat auch Anspruch auf Gewährung von Brillen, Bruchbändern und ähnlichen Heilmitteln.

Specielle Krankenversorgung.

II. Für Gefangene.

Von

Dr. **Pfleger** in Plötzensee (Berlin).

Bei der Krankenfürsorge in den Gefängnissen sind zwei Gesichtspunkte im Auge zu behalten, dass der Erkrankte nicht nur Kranker, sondern auch Gefangener ist. Einerseits ist in erster Linie darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Aufgaben des Strafvollzuges, insbesondere sichere Verwahrung und Aufrechterhaltung der Disciplin, bei der Krankenbehandlung keine Störung erleiden; auf der anderen Seite muss aber trotz dieser Rücksichtnahme die Fürsorge für die Kranken derartig eingerichtet sein, dass ihre Pflege und Behandlung den Erfahrungen der Neuzeit entspricht und ihnen das zur Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit Nothwendige in ausreichendem Maasse gewährt wird.

In den Gefängnissen der früheren Zeit bis in unser Jahrhundert hinein lag die Fürsorge für die Gefangenen überhaupt sehr im Argen. Mangel an jeder Gesundheitspflege, Mangel an frischer Luft, an Licht und Wärme, Ueberfüllung der Detentionsräume, in denen die Gefangenen oft ohne Unterschied des Alters und Geschlechts zusammengepfercht liegen mussten, Verpestung derselben durch Effluvia aller Art, Schmutz und Unreinlichkeit, dazu eine elende Ernährung, also Mangel an so ziemlich Allem, was zur Erhaltung des Lebens und der Gesundheit nothwendig ist, übte verheerende Wirkungen auf Leben und Gesundheit der Gefangenen aus, so dass früher eine Verurtheilung zu einer längeren Freiheitsstrafe fast einem Todesurtheil gleich kam.

Es ist deshalb auch sehr begreiflich, dass Erkrankungen und Todesfälle unter den Gefangenen in der früheren Zeit sehr zahlreiche waren.

Diese elenden Zustände in den Gefängnissen erzeugten eine Reihe von ganz specifischen Gefängnisskrankheiten, unter denen insbesondere typhöse Erkrankungen aller Art, unter dem Namen des „Kerkerfiebers“ zusammengefasst, die hervorragendste Rolle spielten. Durch ihre leichte Uebertragbarkeit verbreiteten sie sich nicht nur unter den

Gefangenen selbst, sondern auch unter anderen mit ihnen in Berührung gekommenen Menschen, und eine traurige Berühmtheit erlangten die unter dem Namen der „schwarzen Assisen“ (Black assises) bekannt gewordenen Epidemien von Kerkerfieber in England. Die ausgedehnteste trat im Jahre 1557 in Oxford auf, wo von den am 4., 5. und 6. Juli vor Gericht gestellten Gefangenen die Seuche auch auf Richter, Geschworene und Zuschauer übertragen wurde und bis zum 12. August 510 Menschenleben als Opfer forderte. Aehnliche Epidemien wütheten im Jahre 1586 in Exeter, 1730 in Taunton, 1742 in Launceston und 1750 in London.

Als weitere Folge dieser beklagenswerthen Zustände finden wir in den älteren Gefängnissen den Scorbut fast endemisch, als dessen hauptsächlichste Ursachen die einförmige ungenügende Ernährung, die Ueberfüllung der Anstaltsräume, die feuchte Beschaffenheit der Athmungsluft und die niederdrückenden Gemüthsaffecte bezeichnet werden; ferner finden wir in grosser Ausbreitung die Scrofulose, die „Gefängnisscrofeln“, chronische Anschwellung, Entzündung und Vereiterung der Lymphdrüsen, besonders des Halses, Nackens und der Achselhöhle; ferner allgemeine Wassersucht, und zwar nicht nur als Folgeerscheinung eines anderen organischen Leidens, der Nieren, des Herzens, der Leber, sondern als selbstständige Erkrankung, hervorgerufen durch eine mangelhafte Blutbeschaffenheit (Hydrämie) infolge von schlechter Ernährung und allgemeiner Cachexie. Eine der häufigsten Erkrankungen war und ist zum Theil auch jetzt noch die Phthise.

Ausser diesen Erkrankungen kamen auch noch in grosser Zahl infolge der mangelhaften Reinlichkeit Hautausschläge in den verschiedensten Formen, ferner Augenerkrankungen, insbesondere Nachtblindheit, und als Folge der schlechten Kost Darmkrankheiten aller Art vor.

Als in neuerer Zeit sich humanere Anschauungen Bahn gebrochen hatten, und man zu der Einsicht gekommen war, dass es unmöglich im Sinne des Gesetzes liegen könne, einen zu einer Freiheitsstrafe Verurtheilten dauernd an seiner Gesundheit zu schädigen, oder ihn einem langsamen Siechthum entgegenzuführen, fanden die Fortschritte der allgemeinen Gesundheitspflege auch in den Gefängnissen Eingang. Die erste Anregung zu einer Besserung der Lage der Gefangenen ging Ende des vorigen Jahrhunderts von dem Engländer John Howard aus. Mit unermüdlichem Eifer besuchte er nicht nur die Gefängnisse Englands, sondern auch der Länder des Continents, deckte die Schäden in denselben auf und gab Vorschläge für eine Reform des Gefängnisswesens. Seine Anregungen fielen nicht nur in seinem engeren Vaterlande auf fruchtbaren Boden, sondern fanden auch weit über die Grenzen desselben hinaus, insbesondere auch in Deutschland, Aufnahme und Nachahmung. Man hat seitdem unentwegt daran gearbeitet, die Lage der Gefangenen zu einer menschenwürdigeren zu gestalten, und in den Gefängnissen der neueren Zeit sind zur Verhütung von Krankheiten die weitgehendsten

Einrichtungen getroffen in Bezug auf Reinlichkeit, auf Fürsorge für gute Beschaffenheit und ausreichende Menge der Athmungsluft, insbesondere durch Verminderung der Ueberfüllung in den Anstalten, Fürsorge für eine ausreichende und zweckmässige Beköstigung der Gefangenen und andere Verbesserungen.

Entsprechend den Fortschritten in der Fürsorge für die Gefangenen finden wir auch eine Abnahme der Morbidität und Mortalität unter denselben.

Nachstehende statistische Angaben über die Mortalität in den Gefängnissen älterer und neuerer Zeit mögen diese Verhältnisse näher veranschaulichen (vgl. Baer, Der Einfluss der Gesundheitspflege in den Gefängnissen auf die Sterblichkeit der Gefangenen, Bl. für Gefängnisskunde. Bd. XVI.; derselbe, über Morbidität und Mortalität in den Gefängnissen, in v. Holtzendorff und v. Jagemann, Handbuch des Gefängnisswesens. Hamburg 1888; derselbe, Hygiene des Gefängnisswesens. Jena 1897).

In Frankreich kamen in den Strafanstalten (Maisons centrales) auf 100 Gefangene im Durchschnitt jährlich

1817—35	: 7,00
1836—49	: 7,44
1850—55	: 6,28
1856—60	: 6,09
1861—66	: 4,81
1866—70	: 3,80
1874	: 3,80
1875—76	: 4,38
1877—81	: 3,81 Todesfälle.

In Holland betrug die Sterblichkeit in sämtlichen Strafgefängnissen von 1846—55 bei den Männern 52,2, bei den Weibern 81,5 auf 1000; in den Jahren 1849—55 kamen bei den ersteren 46,7, bei den letzteren 49,2 Todesfälle auf 1000 Gefangene.

1862—72 starben in der Gemeinschaftshaft von 1000 Gefangenen 15,20, in den Gefängnissen mit Einzelhaft nur 7,8 pM. und in letzteren 1873—78 sogar nur 2,3 pM. In den Strafgefängnissen war die Mortalität 1877 : 14,4 und 1878 : 14,3 pM.

In Belgien, wo schon früh der Fürsorge für die Gefangenen und der Besserung der sanitären Verhältnisse in den Gefängnissen grosse Sorgfalt und Aufmerksamkeit geschenkt wurde, finden wir auch günstigere Sterblichkeitsverhältnisse in den Gefängnissen. Die Mortalität betrug dort in sämtlichen Stafanstalten:

1823—30	: 35,3 pM.
1831—36	: 32,1 "
1837—43	: 22,6 "
1850—51	: 24,0 "
1851—53	: 26,1 "

In den Strafanstalten (Maisons centrales) betrug sie 1874—77:32,7 pM. in den Gerichtsgefängnissen (Maisons secondaires) 14,1 pM.

In England waren Ende des vorigen Jahrhunderts nach den Berichten von Howard die Zustände in den Gefängnissen geradezu grauerregende, und auch noch Anfang dieses Jahrhunderts werden uns kaum glaubliche Schilderungen von der Verwahrlosung und dem Elend in den Englischen Gefängnissen gebracht. Um so auffallender sind die Ergebnisse, welche hier durch die Beseitigung der vorhandenen Missstände und durch die Einführung geeigneter hygienischer Maassnahmen erzielt worden sind. Dank der besseren Fürsorge für die Gefangenen betrug zum Beispiel in der Anstalt Millbank in London in den Jahren 1825—45 die Sterblichkeit der Gefangenen durchschnittlich nur 21,38 pM. und ist in allen Gefängnissen im Laufe der Jahre noch erheblich gesunken. In den Strafanstalten (Convict prisons) war die Sterblichkeit:

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen		Anzahl der Gestorbenen		Auf je 1000 Gefangene kommen Gestorbene			Zahl der aus ärztlichen Gründen entlassenen Gefangenen	
	Männer	Weiber	Männer	Weiber	Männer	Weiber	überhaupt	überhaupt	auf 1000 Gefang.
1856—60	6476	1046	81	15	12,56	15,03	12,8	82	2,1
1861—65	6021	1248	82	16	13,50	13,00	13,6	28	0,7
1866—70	6757	1100	94	16	14,07	14,48	14,0	12	0,3
1876—80	8873	1214	110	17	12,41	14,57	12,6	105	1,1
1881—85	9005	980	100	14	11,10	14,34	11,4	253	5,0

In den Ortsgefängnissen (Local prisons) betrug sie:

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Zahl der Gestorbenen	
		alljährlich überhaupt	auf 1000 Gefangene der täglichen Durchschnittszahl kommen Gestorbene
1862—66	18 272	222	12,4
1867—71	18 993	226	11,9
1872—76	18 131	211	11,6
1877—81	19 775	158	8,9
1882—85	17 222	139	7,5

In Schweden betrug die Sterblichkeit in den Straf- und Arbeitshäusern 1848—55 bei den Männern 5,92 pCt. Wie sich die Sterblichkeitsverhältnisse in den späteren Jahren gestalteten, zeigt nachstehende Tabelle. Es starben daselbst durchschnittlich von 100 Gefangenen:

Art der Anstalt	1867—71	1874—75	1876—77
Arrestgefängnisse (Maisons secondaires)	1,01	0,96	0,94
Strafgefängnisse (Maisons centrales)	2,67	2,25	2,79
Oeffentliche Zwangsarbeitsanstalt (Corps de travail public)	3,1	2,32	2,53

In einzelnen Anstalten der Schweiz kamen auf 100 Gefangene durchschnittlich Todesfälle

in Bern: 1831—42 : 4,26

1847—49 : 2,95

1874 : 1,50

in Genf: 1826—34 : 2,30

1835—42 : 3,40

1842—45 : 2,20

1846—55 : 0,83

in Zürich: 1841—44 : 3,00

1874 : 1,00

In einigen Hauptanstalten Italiens betrug die Sterblichkeit auf 100 Gefangene im täglichen Durchschnitt:

Anstalt	1855	1871	1875	1879
Alessandria	13,31	6,37	4,56	4,17
Fossano	9,70	9,46	4,76	2,88
Gavi	19,84	1,37	1,39	2,83
Oneglia	7,85	7,51	4,43	4,20
Pallanza	29,93	6,64	2,31	5,84
Saluzzo	6,99	5,45	4,31	3,44

Hierbei muss freilich hervorgehoben werden, dass die enorm hohe Sterblichkeit in einzelnen Anstalten, namentlich in Pallanza, im Jahre 1855 zum Theil durch das Auftreten der Cholera hervorgerufen worden ist.

In Deutschland war in den einzelnen Staaten die Sterblichkeit eine verschieden hohe.

Ungemein hoch war sie in Bayern, wo dieselbe nach Engel's Angabe (Zeitschrift des Kgl. Preuss. stat. Bureaus 1865) in München 1833—39 auf 14,1 pCt., in Amberg auf 8,6 pCt., in Würzburg auf

6,3 pCt., in Kaiserslautern auf 5 pCt. kam. — In den Zucht- und Arbeitshäusern diesseits des Rheins betrug in den Jahren 1840—48 die Sterblichkeit 70 pM. und sank bis 1861/62 auf 44,3 pM., um weiter bis 1866/67 noch allmähig bis auf 27,3 pM. zurückzugehen. — Von 1868 fand wiederum eine Zunahme der Sterblichkeit statt, die von sachkundiger Seite auf eine Verschlechterung der Gefangenenkost zurückgeführt wird, und zwar betrug sie 1869 : 40,3 pM., 1870 : 63,0 pM., 1871 : 59,5 pM. und 1872 : 44,1 pM. Nach dem Generalbericht von Dr. C. F. Mayer starben von 100 Gefangenen der Durchschnittsbevölkerung in den:

	1868—78	1881	1882	1883
Zuchthäusern	4,97	4,28	4,13	4,67
Gefängnissen	4,30	3,12	2,75	2,39
Arbeitshäusern	6,06	5,71	5,93	3,89
im Ganzen	4,86	4,01	3,79	3,41
sämmtlichen Anstalten für Männer	4,73	3,75	3,59	3,22
sämmtlichen Anstalten für Weiber	5,57	5,44	4,94	4,44

In Württemberg kamen nach Cless (Die Gesundheitsverhältnisse in den höheren Civilanstalten des Königreichs Württemberg. D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1879. Heft 3) in den Jahren 1842 bis 51 im Mittel auf 1000 Gefangene jährlich 44 Todesfälle, und in den Jahren 1851—56 stieg die Sterblichkeit infolge der Zunahme der Verbrechen und der Zahl der Gefangenen wegen der herrschenden Theuerung und des Nothstandes sogar auf 75 pM. im Mittel, um dann mit der Abnahme der Ueberfüllung der Anstalten von 1858—76 auf 24—25 pM. im Mittel herunterzugehen. Sie betrug in sämtlichen Gefängnissen Württembergs:

- im Jahre 1871/72 : 32,0 pM.
- „ „ 1872/73 : 34,1 „
- „ „ 1873/74 : 27,0 „
- „ „ 1874/75 : 22,0 „
- „ „ 1875/76 : 37,0 „
- „ „ 1876/77 : 25,0 „

In Sachsen starben im Zuchthause zu Waldheim, der grössten Anstalt des Landes, im Durchschnitt:

- 1840—63 : 36,0 pM.
- 1876 : 30,2 „
- 1877 : 20,9 „
- 1878 : 14,2 „
- 1879 : 24,0 „

In den Straf- und Correctionsanstalten Sachsens waren von 100 Gefangenen gestorben:

1886	: 2,72
1887	: 2,52
1888	: 2,12
1889	: 1,38
1890	: 1,89
1891	: 1,78

Sehr günstige Sterblichkeitsverhältnisse finden wir Dank der grösseren Fürsorge für die Gefangenen in Baden. In dem grossen Männerzuchthaus in Bruchsal starben in den Jahren 1850—54 im Durchschnitt 24,6 pM., und die Sterblichkeit ging daselbst bis zum Jahr 1875—77 auf 16,2 pM. zurück.

In den Preussischen Zuchthäusern kamen nach Engel's Berechnung (a. a. O.) in den Jahren 1858—63 auf 1000 Gefangene durchschnittlich jährlich 31,6 Todesfälle, während nach den Angaben desselben Verfassers die Mortalität in den Altersgrenzen, in denen sich die Zuchthausgefangenen befinden, kaum 10 pM. überschreiten dürfte.

In welcher Weise in Preussen die Gesundheitspflege in den Gefängnissen im Laufe der Jahre die Gesundheits- und Sterblichkeitsverhältnisse unter den Gefangenen günstig beeinflusst hat, weist Baer in sehr anschaulicher Weise in der nachstehenden, von ihm aufgestellten Tabelle nach, welche die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern in den dem Ministerium des Innern unterstellten Straf- und Gefangenenanstalten in den Jahren 1858—1894 darstellt (Hygiene des Gefängniswesens. S. 15).

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Morbidität		Mortalität			
		tägliche Durchschnittszahl der Kranken	auf 100 Gefangene kommen Kranke	gestorben			auf 100 Gefangene kommen eines natürlichen Todes Gestorbene
				natürlichen Todes	durch Verunglückung	durch Selbstmord	
1858—1862	20151,20	1004,75	4,98	640,85	0,80	10,80	3,18
1863—1867	18802,00	800,20	4,02	524,80	2,20	10,60	2,78
1868—1872	19191,85	756,80	3,90	485,00	2,20	9,20	2,52
1873—1877/78	17219,94	593,00	3,44	430,60	2,00	8,40	2,49
1878/79—1882/83	21194,13	743,20	3,50	661,40	1,60	9,60	3,12
1883/84—1887/88	19681,33	847,40	4,30	656,40	1,00	12,20	3,33
1888/89—1892/93	18092,89	625,85	3,45	353,33	1,20	11,60	1,95
1893/94	18095,00	487,80	2,70	351,00	—	13,00	1,94

Zur Erläuterung der Tabelle sagt Baer: „Wir sehen in den Jahren 1858—1877/78 eine anhaltende Abnahme sowohl der Mortalitäts- als

der Morbiditätsfrequenz und halten sie bedingt durch die Verminderung der Ueberfüllung in den Anstalten infolge der Abnahme der Durchschnittszahl der Gefangenen und ausserdem durch eine im Jahre 1868 eingetretene, relativ geringe, aber doch immer wirksame Kostverbesserung; in der Periode von 1878/79—1882/83 steigt die Zahl des täglichen Durchschnittsstandes, und mit der Ueberfüllung in den Anstalten werden wiederum die sanitären Verhältnisse ungünstiger. Sie zeigen sich in der letzten fünfjährigen Periode hingegen ausserordentlich günstig, weil mit der Abnahme der Belegungszahl von 1888/89 an, gleichzeitig eine sehr wesentliche Kostverbesserung der Gefangenen nach dem rationellen neuen Kostregulativ stattgefunden“.

In gleicher Weise wird von demselben Autor der günstige Einfluss der ausgezeichneten sanitären Einrichtungen, welche in dem dem Justizministerium unterstehenden Strafgefängniss Plötzensee bei Berlin bestehen, auf Gesundheit und Sterblichkeit der Gefangenen in folgender Tabelle veranschaulicht.

Jahr	Tägliche Durchschnittszahl der Gefangenen	Morbidität		Mortalität		
		tägliche Durchschnittszahl der Kranken	auf 100 Gefangene kommen Kranke	eines natürlichen Todes sind gestorben im Ganzen	im 5 jährigen Durchschnitt	auf 100 Gefangene kommen eines natürlichen Todes Gestorbene
1873—1877	951	15,3	1,6	39	7,8	0,82
1878—1882/83	1434	20,6	1,4	89	17,8	1,24
1883/84—1887/88	1451	17,9	1,2	85	17,0	1,17
1888/89—1892/93	1604	22,5	1,4	74	14,8	0,92
1893/94—1894/95	1880	30,3	1,6	38	19,0	1,01

Wir ersehen aus allen diesen Darstellungen, wie sich Schritt für Schritt die Sterblichkeitsverhältnisse in allen Gefängnissen gebessert haben, und diese Abnahme der Morbidität und Mortalität unter den Gefangenen kann nur der grösseren Fürsorge für dieselben und der Aufbesserung der hygienischen Verhältnisse in den Anstalten zugeschrieben werden, unter denen die Verringerung der Dichtigkeit der Gefängnisbevölkerung und die erhebliche Verbesserung der Gefangenenkost nicht die geringste Rolle spielen.

Specifische Gefängniskrankheiten, wie wir sie mit ihren verheerenden Wirkungen in den Gefängnissen der früheren Zeit auftreten sahen, kommen in den Gefängnissen unserer Zeit nicht mehr vor. — Ueberhaupt unterscheiden sich in den jetzigen Gefängnissen die Krankheiten im Allgemeinen nicht von denen der Bevölkerung der Umgebung, ins-

besondere der Volksklassen, denen die Gefangenen entstammen. Der einzige Unterschied ist der, dass die Gefangenen häufiger erkranken und weniger widerstandsfähig sind. Der Grund hierfür liegt zum Theil in den Verhältnissen der Gefangenen selbst, ihrer Abstammung, ihrem Vorleben, ihren socialen Verhältnissen, zum Theil in den nicht zu vermeidenden schädlichen Einflüssen der Haft.

Am häufigsten sind Erkrankungen der Athmungs- und Verdauungsorgane, und unter den ersteren ist es vorzugsweise die Lungenschwindsucht, welche noch heute unter der Gefängnisbevölkerung erhebliche Opfer fordert. Doch haben auch die Erkrankungen an Phthise mit der Einführung verbesserter hygienischer Einrichtungen, sowie auch infolge der gegen die Verbreitung dieser Krankheit auch in den Gefängnissen vorgeschriebenen prophylaktischen Maassnahmen erheblich abgenommen.

Die Krankenfürsorge in den Gefängnissen liegt ausschliesslich in der Hand eines Arztes.

Bereits bei seinem Eintritt in das Gefängniss wird jeder Gefangene einer genauen ärztlichen Untersuchung seines Gesundheitszustandes unterzogen. Bei kurzzeitigen Gefangenen kann diese Untersuchung sich auf eine allgemeine Besichtigung des Gefangenen und Feststellung etwa vorhandener ansteckender Krankheiten, namentlich von Syphilis und Krätze, beschränken. Bei Gefangenen mit längeren Freiheitsstrafen muss indessen eine Untersuchung des ganzen Körpers stattfinden, um festzustellen, ob bei ihnen etwa Krankheiten oder Krankheitsanlagen vorhanden sind, welche unter dem Einfluss der Haft eine Verschlimmerung erleiden können oder welche seine Arbeitsfähigkeit beschränken, oder von vornherein gewisse Maassnahmen, wie Aufnahme in das Lazareth, Vermeidung der Einsperrung in strenge Isolirhaft und dergleichen, nothwendig machen.

Insbesondere ist auf etwa vorhandene Zeichen von Tuberkulose zu achten und deshalb unter allen Umständen eine genaue Untersuchung der Athmungswerkzeuge vorzunehmen.

Im weiteren Verlauf der Haft ist dem Gesundheitszustand der Gefangenen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Jedem Gefangenen steht das Recht zu, sich krank zu melden und eine Vorführung beim Arzt, beziehungsweise eine ärztliche Untersuchung und Behandlung zu verlangen. Dass hierbei freilich der Simulation Thür und Thor offen steht und von diesem Recht auch in nicht nothwendigen Fällen der ausgiebigste Gebrauch gemacht wird, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Die sich auf diese Weise vormeldenden Gefangenen werden, wenn sie sich in Einzelhaft befinden, in der Regel in ihren Zellen besucht, die in Gemeinschaftshaft befindlichen werden dem Arzt in einem besonderen Ordinationszimmer vorgeführt. Hierbei wird zunächst ermittelt, ob überhaupt eine Erkrankung vorliegt, und falls dasselbe der Fall ist, ob der Zustand des Kranken einen weiteren Verbleib in dem ihm angewiesenen Detentionsraum beziehungsweise bei seiner Arbeit gestattet oder nicht. Die weitaus grösste Zahl der hierbei festgestellten

Krankheiten ist nur leichter Natur und vielfach derart, dass sie bei freien Leuten überhaupt nicht zur ärztlichen Behandlung kommen würden. Diese Art von Kranken, welche unter Beibehaltung der bisherigen Lebensweise die ärztlichen Verordnungen sehr wohl auf ihren Arbeitsplätzen oder sonstigen Detentionsräumen ausführen können, verbleiben daselbst und werden dem Arzt, wenn nothwendig, bis zur Beseitigung der Krankheit wieder vorgeführt. Schwerer, namentlich fieberhaft Erkrankte dagegen, welche einer besonderen Fürsorge in Bezug auf Ueberwachung, Verpflegung und ärztliche Behandlung bedürfen, müssen in eine besondere Krankenabtheilung aufgenommen werden. Zu diesem Zweck ist es nothwendig, dass bei jedem grösseren Gefängniss ein zwar einfach, aber den Anforderungen der Neuzeit in Bezug auf Lage, Räumlichkeiten, innere Ausstattung, Luftraum, Heizung, Lüftung, Bäderanlage entsprechend eingerichtetes Lazareth vorhanden ist. Die Grösse desselben richtet sich nach der Kopffzahl der gesunden Gefangenen und ist nicht zu gering, etwa auf 6—7 pCt. der gesunden zu bemessen, damit einmal zu Zeiten eines höheren Krankenbestandes, z. B. bei etwaigem Ausbruch einer Epidemie, die nothwendige Zahl der Betten zur Verfügung stehe, dann aber auch, damit die Möglichkeit vorhanden ist, einzelne Zimmer zeitweise behufs gründlicherer Reinigung und Desinfection unbesetzt zu lassen.

Bei der Lazarethbehandlung der kranken Gefangenen soll im Allgemeinen an dem Grundsatz festgehalten werden, dass Gefangene, die sich in Isolirhaft befinden, auch im Lazareth isolirt behandelt werden sollen, und für diesen Zweck sind die nöthigen Isolirräume auch im Lazareth vorhanden. Indessen lässt sich dieser Grundsatz nur bis zu einer gewissen Grenze durchführen. Oft reichen die vorhandenen Isolirräume nicht aus und vielfach lässt sich eine Isolirung mit der Behandlung der Kranken nicht vereinigen, sei es, dass eine ausreichende Pflege oder Beobachtung sich in der Zelle nicht durchführen lässt, sei es, dass andere Gründe der Zweckmässigkeit und Humanität es wünschenswerth erscheinen lassen, dem Kranken die Wohlthat des Zusammenlebens mit andern Menschen zu gewähren.

Die medicamentöse, diätetische und sonstige Behandlung der kranken Gefangenen im Lazareth geschieht, wie in jedem anderen Krankenhause, nach den allgemein feststehenden Grundsätzen der Wissenschaft. Es wird zwar hierbei die grösste Sparsamkeit zur Pflicht gemacht, ausgehend von dem Gesichtspunkte, dass das Gefängnisslazareth kein Luxuskrankenhaus und der Kranke in erster Linie Gefangener ist; indessen darf dem kranken Gefangenen das für die Behandlung und Verpflegung Nothwendige nicht versagt werden, und hierin muss dem Arzt freier Spielraum gelassen werden.

Für die Kranken ist natürlich eine besondere, leichtere Diät nothwendig und, wie in jedem Krankenhause, bestehen auch im Gefängnisslazareth verschiedene Diätformen, welche vom Arzt für die einzelnen Kranken festgesetzt werden. Ausserdem steht es dem Arzt frei, neben

der gewöhnlichen Krankenkost eine Reihe von Extrazulagen, wenn es der Zustand des Kranken erforderlich macht, zu verordnen.

An dieser Stelle sei beispielsweise die Speiseordnung angeführt, nach welcher die kranken Gefangenen im Lazareth des Königl. Strafgefängnisses bei Berlin zu Plötzensee beköstigt werden. Die Krankendiät besteht daselbst in vier Diätformen, welche sich von einander mehr quantitativ als qualitativ unterscheiden.

Zum Frühstück erhalten die Kranken in allen vier Diätformen $\frac{1}{2}$ Liter Milchkaffee.

Als Mittagessen wird eine Suppe, beziehungsweise Gemüse von Reis, Graupen, Nudeln, Gries, Kartoffeln, Mohrrüben, Kohlrabi, grünen Bohnen, grünen Erbsen u. dgl. in verschiedenen Zusammenstellungen verabreicht. Davon erhalten die Kranken in der ersten Diätform etwa 1 Liter, die der zweiten $\frac{3}{4}$ Liter, die der dritten und vierten etwa $\frac{1}{2}$ Liter. Dazu giebt es für die Kranken in den ersten 3 Diätformen 167 g Fleisch.

Das Abendessen besteht aus einer Suppe von Grütze, Gries, Kartoffeln, Brot oder Mehl. Von dieser erhalten, wie beim Mittagessen, die Kranken in der ersten Form etwa 1 Liter, in der zweiten etwa $\frac{3}{4}$ Liter, in der dritten und vierten etwa $\frac{1}{2}$ Liter.

Als Gebäck wird Semmel verabreicht, und zwar in der ersten Diätform für den Tag 3 Semmeln, in der zweiten $2\frac{1}{2}$, in der dritten und vierten 2 Stück.

Ausser dieser Diät kann der Arzt Kranken in der dritten und vierten Diätform eine Reihe von Extrazulagen verschreiben, bestehend in $\frac{1}{2}$ —1 Liter Milch, $\frac{1}{2}$ Liter Bouillon, Braten mit Kartoffeln, Schabefleisch, Schinken, Eiern, Butter, Pflaumen, Heringen, Bier, Wein. Hierin ist dem Arzt völlig freie Hand gelassen, dem Bedürfniss der Kranken Rechnung zu tragen, wobei allerdings empfohlen wird, mit thunlichster Sparsamkeit zu Werke zu gehen.

Der Anstaltsarzt muss die Kranken im Lazareth wenigstens täglich einmal besuchen und hat die Behandlung und Pflege derselben zu leiten. Ihm zur Seite stehen ein oder nach Bedürfniss mehrere Aufseher, von denen mindestens einer geprüfter Heilgehülfe sein muss, welche, ihm untergeordnet, die Dienste eines Krankenwärters auszuüben haben. Dieselben haben, neben der Sorge für die Sicherheit der Gefangenen, den Anweisungen des Arztes in der Behandlung der Kranken nachzukommen und die vom Arzt angeordneten Maassnahmen auszuführen. Ausserdem liegt ihnen die Ausübung der sogenannten niederen Chirurgie ob. Zur Besorgung der gewöhnlichen Reinigungsarbeiten im Lazareth werden Gefangene, denen ein besonderes Vertrauen geschenkt werden kann, verwendet.

Ausser den an acuten Krankheiten erkrankten Gefangenen giebt es in jedem Gefängniss auch eine Reihe von Leuten, welche mit chronischen Leiden und Gebrechen, Lähmungen, Blindheit, Krüppelhaftigkeit, Altersgebrechlichkeit u. s. w. behaftet sind, welche einer besonderen ärztlichen Behandlung und diätetischen Verpflegung zwar nicht bedürfen,

doch aber mehr oder weniger arbeitsunfähig sind und der strengen Gefängnisdisciplin nicht unterworfen werden können. Für Gefangene dieser Art ist in grösseren Gefängnissen in der Regel eine besondere Abtheilung, „Invalidenabtheilung“, eingerichtet, in der sie entweder unbeschäftigt, oder nur mit leichteren, ihrem Körperzustand entsprechenden Arbeiten beschäftigt, verwahrt werden und der ärztlichen Beaufsichtigung unterliegen.

Liegt bei einem Gefangenen eine Erkrankung vor, welche im Gefängnisslazareth mit Aussicht auf Erfolg nicht behandelt werden kann, oder die einer specialärztlichen Behandlung oder der Vornahme einer grösseren Operation, die im Anstaltslazareth nicht ausgeführt werden kann, bedarf, so kann seine Ueberführung in ein anderes Krankenhaus beantragt werden. In diesem wird der Erkrankte in seiner Eigenschaft als Gefangener weiter behandelt und die Dauer des Aufenthaltes in der Krankenanstalt wird in die Strafzeit mit eingerechnet, wenn der Verurtheilte nicht mit der Absicht, die Strafvollstreckung zu unterbrechen, die Krankheit selbst herbeigeführt hat (§ 493 Str.-P.-O.).

Bei derartigen Erkrankungen kann indessen auch eine Unterbrechung der Strafhaft stattfinden und der Kranke bis zur Wiederherstellung seiner Gesundheit aus der Strafhaft beurlaubt werden (§ 487 Str.-P.-O. Abs. 3).

Fälle dieser Art kommen namentlich in kleineren Gefängnissen in Frage, in denen sich ein den Anforderungen entsprechend eingerichtetes Lazareth nicht befindet. Hier können natürlich nur leichtere, schnell vorübergehende Erkrankungen behandelt werden. Schwerer Erkrankte, welche einer besonderen Pflege oder einer längeren Krankenhausbehandlung bedürfen, müssen aus diesen Gefängnissen entweder unter Fortdauer der Haft oder unter Aussetzung derselben in ein öffentliches Krankenhaus gebracht werden. Doch können auch derartige Kranke einem grösseren Gefängnis, mit dem eine Lazarethinrichtung verbunden ist, überwiesen werden.

Verfällt ein Gefangener in eine Krankheit, welche durch die Einwirkung der Haft in einer derartigen Weise ungünstig beeinflusst wird, dass von der weiteren Vollstreckung der Strafe eine nahe Gefahr für sein Leben zu befürchten ist, so kann auf Antrag die weitere Vollstreckung der Strafe unterbrochen und der Kranke aus der Haft auf längere Zeit beurlaubt werden (§ 487 Str.-P.-O. Abs. 2).

Eine der schwierigsten Fragen in der Krankenfürsorge in den Gefängnissen, welche eine endgiltige Lösung noch nicht erfahren hat, ist die der Fürsorge für die geisteskranken Gefangenen. Hierbei muss unterschieden werden zwischen Geisteskranken, welche bereits im Zustande einer Geistesstörung gegen das Gesetz gefehlt haben (verbrecherischen Irren) und solchen, welche erst im Verlauf des Strafvollzuges in eine Geisteskrankheit verfallen (irren Verbrechern).

Bei der ersten Gruppe unterliegt es keinem Zweifel, dass dieselben nicht als Verbrecher, sondern als Kranke anzusehen sind, dass sie nicht in die Strafanstalt, sondern in die Irrenanstalt gehören. Sie sind,

wenn ihr Zustand nicht bereits während des gerichtlichen Verfahrens erkannt oder beanstandet worden ist und infolge dessen eine Verurtheilung stattgefunden hat, aus der Strafanstalt zu entlassen und der Irrenpflege zu überweisen.

Indessen ist man betreffs der zweckmässigsten Unterbringung der zweiten Kategorie von Gefangenen, welche erst im Verlauf der Strafhaft geisteskrank werden, immer noch uneinig.

Die Zahl der psychisch Erkrankten unter den Gefangenen ist keine geringe und wird auf ca. 2 pCt. angegeben.

Neben Gefangenen mit ausgesprochenen Geistesstörungen giebt es in jedem grösseren Gefängniss ausserdem noch eine Anzahl von Gefangenen mit zweifelhaften Geisteszuständen, psychisch Minderwerthige, mit geistigen Defecten und Schwächezuständen Behaftete, so dass die Zahl aller geistig defecten Gefangenen noch erheblich höher wird. Alle diese Kranken sind in den Gefängnissen an jeder Stelle ein störendes Element; der strengen Disciplin können sie nicht unterworfen und für ihre vielfachen Verstösse gegen die Hausordnung können sie nicht voll verantwortlich gemacht werden; überhaupt können viele, da ihnen die nöthige Einsicht in die Bedeutung der Strafe fehlt, nicht Gegenstand einer Bestrafung sein.

Der Fürsorge für eine zweckmässige Behandlung und Unterbringung der geisteskranken Sträflinge stehen noch immer die grössten Schwierigkeiten entgegen. Eine Behandlung derselben im Anstaltslazareth, die ja als das Nächstliegende angesehen werden muss, ist mit Erfolg nicht durchführbar, da es in den Gefängnisslazarethen in der Regel an den nothwendigen Einrichtungen für Irrenpflege, insbesondere an einem geeigneten geschulten Pflegepersonal fehlt. Eine Ausnahme machen leichte, acut auftretende und schnell verlaufende Psychosen, wie wir sie häufig unter dem Einfluss der Einzelhaft auftreten sehen in Form von melancholischer Verstimmung, verbunden mit Verfolgungswahnideen und Gesicht- und Gehörshallucinationen und wie sie auch wohl in der Gemeinschaftshaft vorkommen können. Derartige Fälle können sehr wohl in den Anstaltslazarethen behandelt werden. In erster Linie müssen solche Kranke, falls sie sich in Isolirhaft befinden, aus dieser entfernt und in Gemeinschaftshaft verlegt werden, und vielfach genügt diese einfache Maassnahme und eine kürzere oder längere Behandlung im Lazareth, um derartige Erkrankungen dauernd zu heilen.

Bei schwereren Erkrankungen genügt indessen diese Behandlung nicht, vielmehr ist es nothwendig, die Kranken so bald wie möglich unter Verhältnisse zu bringen, welche eine ihrem Zustande entsprechende sachgemässe Pflege und Behandlung ermöglichen. Und diese Bedingungen glaubte man zu erfüllen durch Ueberweisung der geisteskranken Verbrecher an die Irrenanstalten. In den Irrenanstalten sind allerdings alle Bedingungen für sachgemässe Behandlung der Kranken erfüllt und die Möglichkeit einer Heilung derselben geboten. Doch haben sich im Laufe

der Zeit gegen diese Unterbringung schwerwiegende Bedenken geltend gemacht. Abgesehen davon, dass die geisteskranken Verbrecher in das jetzige System der freien Irrenpflege nicht hineinpassen, dass in den Irrenanstalten für sichere Verwahrung derselben nicht genügend Gewähr geleistet werden kann, und dass sie aus vielen anderen Gründen ein störendes Element in den Irrenanstalten abgeben, ist ihre Unterbringung in dieselben mit mancherlei Schwierigkeiten und Zeitverlust verknüpft. Zunächst ist es, schon zur Sicherstellung gegen Simulation, nothwendig, dass die einer Geisteskrankheit verdächtigen Gefangenen einige Zeit im Gefängnisslazareth auf ihren Geisteszustand beobachtet werden. Stellt es sich hierbei heraus, dass der Gefangene thatsächlich an einer Geistesstörung leidet, welche im Lazareth nicht behandelt, beziehungsweise geheilt werden kann, so wird die Entlassung des Kranken aus der Strafhafthalt und seine Unterbringung in eine Irrenanstalt beantragt. Ehe indessen alle Formalitäten für diesen Zweck bei den verschiedenen Behörden, welche hier mitzusprechen haben, erfüllt sind, vergehen oft viele Wochen und Monate, bis endlich die Ueberführung in eine Irrenanstalt möglich ist; dann ist oft der günstige Zeitpunkt für die Heilung des Kranken versäumt, und diesen Umständen ist es wohl meist zuzuschreiben, wenn geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten aus den Strafanstalten so oft in unheilbarem Zustande zugeführt werden.

Dass diese Art der Fürsorge für die geisteskranken Gefangenen eine durchaus unzureichende ist, und hier Verbesserungen dringend anzustreben sind, kann wohl keinem Zweifel unterliegen.

An Vorschlägen, wie diesem Mangel abzuhelfen sei, hat es nicht gefehlt, und seit Jahrzehnten haben sich Kriminalisten und Verwaltungsbeamte, Gefängniss- und Irrenärzte darum bemüht, den geeignetsten Modus für die Unterbringung geisteskranker Verbrecher zu finden, ohne bis jetzt diese Frage einer endgiltigen Lösung entgegengeführt zu haben.

In England, wo man zuerst näher an diese Frage herantrat, glaubte man eine Lösung derselben gefunden zu haben in der Errichtung sogenannter Specialasyle für geisteskranken Verbrecher. So wurde im Jahre 1850 in Dundrum bei Dublin ein kleines Asyl gegründet und 1863 die grosse Centralanstalt zu Broadmoor eröffnet. Auch in Amerika wurde 1859 in Auburn bei New-York ein gleiches Asyl eingerichtet. Die Anstalt zu Broadmoor, die grösste in dieser Form bestehende, war zur Aufnahme von 413 Männern und 150 Frauen bestimmt, und zwar sollten in dieselbe aufgenommen werden in erster Linie Geisteskranke, welche bereits in diesem Zustande die Verbrechen verübt hatten (Criminal lunatics) ausserdem aber auch Kranke, welche erst im Verlauf des Strafvollzugs geisteskrank geworden waren (Insane convicts). Die Zahl der letzteren wuchs jedoch bald bedeutend an und erreichte 1868 die Hälfte des Gesamtbestandes der Anstalt. Die Anhäufung so vieler verbrecherischer Elemente an einem Orte führte bald zu Unzuträglichkeiten aller Art. Gewaltsame Ausbrüche, Revolten, Complotte, thätliche Angriffe gegen

das Wartepersonal und Aerzte kamen vielfach vor und erschwerten in hohem Grade die Handhabung der Disciplin, so dass man sich gezwungen sah, einen Theil der irre gewordenen Sträflinge anderweitig unterzubringen.

Die Einrichtung von Anstalten nach dem Muster von Broadmoor hat bei uns in Deutschland wenig Anklang gefunden. Abgesehen von den schlimmen Erfahrungen in Broadmoor entspricht die Vermengung von verbrecherischen Irren mit irren Verbrechern, also von Schuldlosen mit Schuldigen, nicht unseren Anschauungen und unserem Rechtsgefühl. Zudem sind die Kosten für Verwaltung und Unterhaltung derartiger Anstalten enorm hohe — in Broadmoor beliefen sie sich pro Kopf und Jahr auf 960 Mark —; ferner würde der Transport der Kranken aus entfernter liegenden Anstalten erhebliche Schwierigkeiten und Kosten verursachen, so dass bei uns diese Einrichtung nicht sehr nachahmenswerth erscheinen muss.

Mehr Befürwortung fand seitens einer Reihe von Irrenärzten ein weiterer Vorschlag, die Errichtung besonderer Annexe an Irrenanstalten zur Aufnahme von irren Verbrechern. Dieselben müssten, um ihrem Zweck zu genügen, sowohl baulich, als auch bezüglich des Sicherheitsdienstes mehr den Charakter eines Gefängnisses als den einer Irrenanstalt annehmen. Derartige Abtheilungen würden ja gewiss die Irrenanstalten von den störenden Elementen entlasten und eine Trennung von irren Verbrechern und unbescholtenen Kranken ermöglichen, auch wäre in denselben für die Sicherheit gegen Entweichung genügend Sorge getragen. Doch lassen sich gegen solche Annexe eine Reihe von Einwürfen erheben. Die Vortheile, welche die Behandlung in den Irrenanstalten den Kranken bietet, insbesondere die Wohlthat der freien Irrenpflege, fallen bei diesen Abtheilungen vollständig weg, und die Formalitäten und Weitläufigkeiten, wie wir sie jetzt bei der Unterbringung der Kranken in die Irrenanstalt haben, bleiben genau dieselben. Ausserdem lassen sich in solchen Abtheilungen auch nur solche Gefangene unterbringen, bei denen eine Geistesstörung thatsächlich vorliegt, während die grosse Zahl psychisch Verdächtiger, der geistig Minderwerthigen und Defecten, welche in das strenge Regime der Gefängnisse nicht hineinpassen, und unter demselben schliesslich in ausgesprochene Geistesstörung verfallen, in den Gefängnissen verbleiben muss.

Den weitgehendsten Anforderungen würde eine Einrichtung entsprechen, welche eine Reihe namhafter Strafanstaltsärzte als das erstrebenswertheste Ziel in der Fürsorge für geistesranke Verbrecher bezeichneten, nämlich die Einrichtung besonderer sogenannter „Invalidengefängnisse“. Man dachte sich dieselben als selbstständige Anstalten, möglichst unter ärztlicher Leitung, in welche alle Sträflinge untergebracht werden sollten, welche sich wegen körperlicher Gebrechen, Siechthum, Altersgebrechlichkeit, Krüppelhaftigkeit, Lähmung, Erblindung, Taubheit für einen geordneten Strafvollzug nicht eignen. In diesen Anstalten sollten besondere Abtheilungen eingerichtet werden, in denen alle

geisteskranken Sträflinge, und zwar nicht nur solche mit ausgesprochenen Geisteskrankheiten, sondern auch alle mit psychischen Defecten behafteten, geistig minderwerthigen und verdächtigen Gefangenen Aufnahme finden sollten, die der gewöhnlichen Gefängnisdisciplin nicht unterworfen werden können. Für ausreichende vielseitige Beschäftigung, namentlich auch im Freien, sowie für die Möglichkeit der Trennung der einzelnen Gruppen von Gefangenen sollte Sorge getragen werden, insbesondere auch für alle zur Behandlung und Pflege von Geisteskranken nothwendigen Einrichtungen und ein geschultes Wartepersonal.

In England haben sich derartige Invalidengefängnisse mit Irrenabtheilungen sehr gut bewährt, und auch in Deutschland hat man die Vortheile derselben im Männergefängnis zu Bruchsal in Baden praktisch zu erproben Gelegenheit gehabt, wo im Jahre 1864 eine besondere unter ärztlicher Leitung stehende Hilfsstrafanstalt eingerichtet wurde, welche zur Aufnahme von mit körperlichen und geistigen Gebrechen und Leidenszuständen behafteten Gefangenen bestimmt war. Das Lazareth dieser Anstalt war mit allen für die Irrenpflege nothwendigen Mitteln versehen, und ausserdem war für die Möglichkeit der Trennung der einzelnen Kategorien der kranken Gefangenen und eine zweckmässige Beschäftigung derselben in genügender Weise gesorgt.

Die Zweckmässigkeit dieser Anstalt und ihre Vortheile wurden vom Leiter derselben Dr. Gutsch (Bl. für Gefängnisstudie. Bd. IX. pag. 44 ff.) rühmend hervorgehoben. Jedoch musste dieselbe im Jahre 1872 wegen Rummangels auch zur Detention gesunder Gefangener benutzt werden; dadurch wurde sie ihres Charakters als Hilfsstrafanstalt und Invalidengefängnis entkleidet und büsste infolge dessen auch eine Reihe ihrer Vorzüge ein.

Die Vorzüge derartiger Anstalten sind nicht zu verkennen, doch stösst ihre praktische Durchführung auf vielerlei Schwierigkeiten und Bedenken.

Aehnliche Vorzüge, wenn auch nicht in dem ausgedehnten Maasse wie die Invalidengefängnisse, würden besondere Irrenabtheilungen als Annexe an Strafanstalten bieten, für deren Schaffung gleichfalls viele Strafanstalts- und Irrenärzte sich ausgesprochen haben, Einrichtungen, wie sie bereits in ähnlicher Weise an einigen Strafanstalten, z. B. bei dem Zuchthaus Waldheim in Sachsen und der Strafanstalt Moabit in Berlin bestehen. Diese Abtheilungen sollten zur Aufnahme von nur psychisch erkrankten Sträflingen dienen, und zwar nicht nur von wirklich Geistesgestörten, sondern auch von psychisch Defecten und Verdächtigen zu prophylaktischen und curativen Zwecken und zur Beobachtung. Zu diesem Zwecke müssten sie mit den nothwendigen Einrichtungen und einem geschulten Wartepersonal versehen sein, unter selbstständiger ärztlicher Leitung stehen, und genügend Räumlichkeiten zur Aufnahme der Kranken, und die Möglichkeit einer geeigneten Beschäftigung derselben bieten. Die Vortheile derartiger Annexe wären in erster Linie eine Entlastung sowohl der Straf- als auch der Irrenanstalten von störenden Elementen;

den Kranken würde in denselben eine sachgemässe Pflege und Behandlung zu Theil werden können; in denselben würden durch Aufnahme auch der gemindert Zurechnungsfähigen und geistig Defecten und Verdächtigen eine ausgedehnte Prophylaxe geübt werden können; vor allem aber würden sie, da die jetzigen Formalitäten bei der Unterbringung fortfallen würden, dem Haupterforderniss genügen, die Kranken so schnell wie möglich, der ihre geistige Gesundheit schwer schädigenden Umgebung und den Einflüssen der Haft zu entziehen und unter Verhältnisse zu bringen, welche ihrem Zustande entsprechen, und dadurch die Erzielung von Heilerfolgen ermöglichen, welche unter den jetzigen Verhältnissen sehr in Frage gestellt sind.

Specielle Krankenversorgung.

III. Für Schüler und Waisen.

Von

Dr. **W. Feilchenfeld** in Charlottenburg.

Seitdem Aerzte und Lehrer sich für die Hygiene der Schule interessirten, begann man auch den Kranken innerhalb der Schule Aufmerksamkeit zuzuwenden. Im Allgemeinen allerdings gehören Kranke am allerwenigsten in die Schulen, aber doch giebt es eine grosse Reihe von Kranken, welche, obwohl nicht völlig gesund, dennoch kaum dauernd von der Schule ferngehalten werden können. Hierzu gehören vor allem sehr zahlreiche, geistig nicht ganz normale Kinder, von denen man in der Schule 3 verschiedene Gruppen findet, welche eine von einander abweichende Behandlung erfordern, obwohl die unterscheidenden Merkmale nicht eine scharfe Trennung möglich machen, und obwohl oft genug die Schwierigkeit, ein Kind dem einen oder dem anderen Grade zuzutheilen, nicht gering ist.

Die tiefste Stufe in der geistigen Entwicklung nehmen die Idioten ein, welche als völlig bildungsunfähig anzusehen sind. So unglaublich es erscheinen muss, dennoch finden wir gar nicht so sehr selten solche Idioten in unseren Volksschulen. Warner fand unter 50000 Schulkindern aus 65 Schulen 5 Idioten und noch jüngst fand in Berlin eine Commission¹⁾ von 4 Aerzten unter 255 Schulkindern, welche ihnen aus einer Anzahl von 10132 als geistig minderwerthig zur Untersuchung zugewiesen wurden, sogar 11 Idioten! Auch aus anderen Städten wird Aehnliches berichtet, und viel häufiger noch werden sie sich wohl auf dem flachen Lande finden. Es ergiebt sich schon aus dieser Thatsache die dringende Nothwendigkeit, dass alle Schulkinder von Aerzten untersucht werden müssen, und so die Schulen von Kranken befreit werden,

¹⁾ Untersuchung zurückgebliebener Schulkinder von Dr. S. Kalischer, Dr. Moll, Dr. H. Neumann, Dr. Teichmann. Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 1 und Deutsche Schulzeitung. 1898. No. 2.

die durch ihre Anwesenheit noch mehr die Schule stören, als sie selbst durch dieselbe leiden.

Den zweiten Grad stellen die Schwachsinnigen dar, welche noch bis zu einem gewissen Grade bildungsfähig sind. Sie unterscheiden sich wesentlich von normalen Kindern. Die Haupteigenthümlichkeiten der Schwachsinnigen sind: ihre Unfähigkeit zu längerer Aufmerksamkeit beim Unterricht, schwere Auffassung, schlechtes Gedächtniss, mangelhaftes Urtheilsvermögen, auffallende Verkehrtheit im sittlichen Empfinden, körperliche Abnormitäten. Richter¹⁾ sagt: schwachsinnige Kinder unterscheiden sich von geistig gesunden oft schon äusserlich durch Schläffheit in Körperhaltung und Gang, durch Ungeschicklichkeit der Glieder bei auszuführenden Bewegungen, durch abweichende Schädelbildung, blöden Gesichtsausdruck, matten Blick, einseitige Lähmungen, oder Lähmungen der oberen Augenlider, dicke, schwere Zunge, theilnahmloses Hinbrüten oder unruhiges, aufgeregtes Wesen; merkbarer noch in geistiger Hinsicht durch mangelhafte Entwicklung des Orts-, Farben-, Formen- und Grössensinnes, wodurch hauptsächlich das Zurückbleiben im Lesen, Schreiben, Rechnen bedingt wird, durch langsamere Auffassung, leichte Vergesslichkeit, schwerfällige Erinnerung, durch sprachliche Unbeholfenheit theils im Hervorbringen einzelner Laute oder ihrer richtigen Verwendung zu Wörtern, theils in der grammatikalisch unrichtigen Stellung der Worte beim Sprechen eines Satzes. Wenn alle die genannten Eigenthümlichkeiten zusammentreffen, so wird man allerdings wohl den Zustand bereits als Blödsinn bezeichnen müssen. Fuchs²⁾ präcisirt die wichtigsten Kennzeichen des Schwachsinnes wie folgt: 1. das Nichterfassen des inneren Zusammenhanges im Zahlenraume von 1—10; 2. Unfähigkeit im Nachmalen und Schreiben, Spiegelschriftschreiben, später nur mechanische Einprägung der Schreibweise; 3. gedankenloses, nur mechanisches Nachsprechen und Lesen; 4. Armuth an Gedanken und im Gedankenausdruck, Fehlen der höheren Urtheilsbildung, geringe Reizbarkeit der Vorstellung; 5. momentanes, dauerndes Vergessen (auch das Gegentheil); 6. Unarten, psychische Eigenthümlichkeiten, Anomalien im Denken, Fühlen und Wollen, psychische Regelwidrigkeiten; 7. ein mehrjähriges, einseitiges oder totales Zurückstehen hinter Gleichaltrigen in geistiger, vielleicht auch körperlicher Beziehung.

Die ausgesprochene Idiotie ist in den meisten Fällen als congenital (Eltern blutsverwandt, Trunksucht, Schwindsucht, Syphilis, Geisteskrankheiten der Ascendenten) anzusehen, und nur zuweilen entsteht sie infolge von schweren Kopfverletzungen und Hirnhautentzündung; auch der Schwachsinn ist oft als die Folge einer mangelhaften Entwicklung der

1) Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker. 1893. No. 2 und 3.

2) Arno Fuchs, Die Schwachsinnigen und die Organisation ihrer Entziehung. Evangel. Schulblatt. 1897. V.

Hirnrinde, also als angeboren nachzuweisen. Karl Hammarberg¹⁾ stellte fest, dass in sämtlichen seiner Beobachtung zu Grunde gelegten Fällen, die alle Hauptgruppen der Idiotie repräsentiren, die psychischen Defecte mit einem Mangel an functionstüchtigen Nervenzellen in der Hirnrinde in Zusammenhang gebracht werden konnten. In sämtlichen Fällen wurde die Rinde in einem gewissen Stadium in ihrer normalen Entwicklung gehemmt. Diese Hemmung kann vom späteren Fötalleben bis ins erste Lebensjahr hinein eintreten und grössere oder kleinere Gebiete der Hirnrinde in der Entwicklung zum Stillstande bringen. Diesen verschiedenen Graden der Hemmung entsprechen drei verschiedene Gruppen von Idioten: 1. Blödsinnige, 2. in hohem Grade, 3. mässig Schwachsinnige. Als wichtig bezeichnet Hammarberg, dass unter neun Fällen nur in einem Degeneration der Zellen vorkam, während andere Autoren Atrophie, Vacuolenbildung, Pigmentdegeneration anführen; sicher sei, dass unentwickelte Zellen in manchen Fällen für atrophische angesehen würden. Während so also der schwedische Forscher auf Grund seiner Untersuchungen einen erworbenen Schwachsinn auszuschliessen geneigt ist, müssen wir doch auf Grund der täglichen Beobachtung praktisch einen solchen annehmen, da wir nach bestimmten äusseren Einwirkungen bis dahin normale Kinder schwachsinnig werden sehen. Solche Veranlassungen sind schwere Kopfverletzungen, Hirnhautentzündungen, schwere Infectionskrankheiten, Mittelohrerkrankungen, Nasenrachenleiden, auch schlechte und unzweckmässige Ernährung (Alkoholgenuss kleiner Kinder²⁾). Dass eine elende Körperbeschaffenheit in Folge ungenügender Ernährung der Kinder und auch der Eltern in einem wesentlichen ursächlichen Zusammenhange mit der Entwicklung des Schwachsinnigen steht, beweisen die Zahlen der Schwachsinnigen in den verschiedenen Gegenden und den verschiedenen Bevölkerungsklassen. Bei einer diesbezüglichen Zählung in der Schweiz (1897) wurde gefunden, dass die landwirtschaftliche und Bergbevölkerung eine relativ weit grössere Zahl stellt als die industrielle und Stadtbevölkerung. Auch die anderen körperlichen Ursachen des Schwachsinnigen wurden häufig bei Schuluntersuchungen festgestellt, so z. B. von Dr. Dillinger³⁾ in Plauen i. V. und von der Berliner Commission⁴⁾: körperliche Störungen fanden sich bei den untersuchten Kindern ausserordentlich häufig. Es zeigten 125 Knaben (bezw. 132 Mädchen) folgende Störungen: Scrophulöse Drüsenschwellungen 101 (90), Gaumen- oder Rachenmandelvergrösserung 75 (89), abgelaufene Mittelohrentzündung 47 (33), hierbei noch Eiterabsonderung 6 (3), Kropf

1) Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie nebst Untersuchungen über die normale Anatomie der Hirnrinde. Upsala 1895, citirt nach Käs. Deutsche med. Wochenschr. 1898. No. 10.

2) W. Feilchenfeld, Alkoholgenuss bei Kindern. Veröfentlich. d. Vereins f. gesundheitsgemässe Erziehung der Jugend. Berlin. C. Kantorowicz 1898.

3) Z. f. Behandl. Schw. u. Geb.

4) l. c.

14 (25), serophulöse Augenentzündungen (fast immer abgelaufen) 10 (9), Sprachstörungen 10 (4), Kopfschmerzen stärkeren Grades (hierbei auch Migräne) 10 (7), Schwachsichtigkeit (abgesehen von der durch serophulöse Augenentzündung verursachten) 7 (8), höhere Grade von Brechungsanomalien der Augen 3 (12), Schielen 4 (7), Herzfehler 2 (6), nervöse Schwerhörigkeit 4 (11), hochgradige Wirbelsäulenverkrümmung 0 (3), weitstanzähnliche Zuckungen 1 (5), Epilepsie 1 (1), Lähmungen 1 (3), Erkrankungen des inneren Auges 1 (1), Tiefstand des oberen Augenslides 1 (2); ausserdem mehrere Fälle von leichterem Lungenkatarrh, ausgeheilter Knochentuberkulose, ein Fall von ererbter Syphilis und 2 Fälle von geistiger Störung.

Die wichtigeren Erkrankungen gruppieren sich in folgender procentischer Häufigkeit: innere Krankheiten 76 pCt., Störungen des Nervensystems 10 pCt., der Nasenathmung 64 pCt., der Sprache 5 pCt., Herabsetzung des Gehörs 35 pCt., der Sehschärfe 19 pCt. aller untersuchten Kinder.“

Den dritten Grad stellen die Schwachbegabten dar, deren Zahl in den Volksschulen eine sehr beträchtliche ist. Es sind das Kinder, die wenig aufmerksam und schwerfällig in ihrer Auffassung sind; ihr Gedächtniss ist häufig schwach entwickelt; meist bleiben sie weit hinter ihren Altersgenossen zurück, obwohl sie dem Anscheine nach wenig Abnormes an sich haben. Auch bei ihnen handelt es sich oft um körperliche Schädigungen und Schwäche nach überstandener Krankheit, um schlechten Ernährungszustand, ungenügenden Schlaf und Ueberanstrengung durch Beschäftigung ausserhalb der Schule. Besonders letzteres spielt hierbei eine grosse Rolle. Dass auf dem Lande die Kinder fast allgemein und zwar oft in sehr ausgedehntem Maasse mit zur Landarbeit herangezogen werden, ist bekannt, aber über die Thätigkeit der Schulkinder in den Städten sind erst seit kurzer Zeit sichere Angaben veröffentlicht worden. Ich will nur die neuesten Zahlen aus den Gemeindeschulen Berlins vom 28. Februar 1898 wiedergeben: Unter den ca. 200 000 Schülern wurden 25 394 Kinder beschäftigt und zwar 17 636 Knaben und 7 758 Mädchen, davon mehr als 3 Stunden täglich 11 091 Kinder (8766 — 2325). Insbesondere waren beschäftigt: mit Austragen von Frühstück 4595 Kinder (3667 — 928); mit Austragen von Milch 1886 Kinder (1259 — 627); mit Austragen von Zeitungen 3669 Kinder (2188 — 1481), mit Austragen von Wäsche 551 Kinder (312 — 239), als Laufburschen, Ablieferer, Boten und Austräger 7409 Kinder (6333 — 1076), beim Kegeln 415 Kinder (414 — 1). Dabei sind diese Zahlen sicher noch unvollständig, so fehlt z. B. die nicht ganz geringe Zahl der Abend- und Nachtverkäufer auf Strassen etc. und die im Hausbetriebe Mitbeschäftigten. Dass Kinder, die derartig in Anspruch genommen werden, und die meist des Morgens von 4 oder 5 Uhr an bis zum Schulbesuche bereits angestrengt thätig waren, nicht den Ansprüchen der Schule genügen können, ist leicht zu verstehen.

Die ziffernmässige Feststellung aller Schwachsinnigen und Schwachbe-

gabten ist schwierig, da einmal der Begriff des Schwachsinnigen und des Schwachbegabtheits nicht ein allgemein gleichmässig angenommener ist, und da ferner eine grosse Reihe hierhergehöriger Kinder gar nicht eingeschult wird und so auch der Zählung nicht zugänglich gemacht werden kann. Die vorhandenen Angaben für Schwachsinnige schwanken von 0,3—7 pCt. und in einzelnen Gegenden werden sogar noch weit höhere Zahlen angegeben. Im Medicinalbezirke Marienberg (Sachsen)¹⁾ fanden sich unter 11959 Schulkindern 409 auffällig beschränkte; in Dortmund wurde die Zahl auf 0,2—0,3 pCt. angegeben, in Berlin²⁾ wurden 0,6 pCt. gefunden. In London wurden 1891 unter 6500 Schülern der öffentlichen Schulen 1 pCt. Schwachbegabte gefunden, in Norwegen 0,4 pCt. In Paris waren 1896 in 16 Knabenschulen 116 Schwachbegabte und „Undisciplinirte“ in 15 Mädchenschulen 16. Kerr fand unter 10759 Schulkindern 117 unzweifelhaft Geistesschwache, also über 1 pCt., Stötzner in Leipzig im Jahre 1865 unter 10000 Schulkindern 50, also 0,5 pCt. Das eidgenössische statistische Bureau hat 1897 eine Zählung der in schulpflichtigem Alter stehenden schwachsinnigen, körperlich gebrechlichen und sittlich verwaehrlosten Kinder vorgenommen und fand von 463548 Elementarschülern 13155 mit irgend welchen geistigen Mängeln behaftet, wovon aber 7667 noch der geistigen Entwicklung fähig sind.

Wenn wir uns nun fragen, was mit allen diesen Kindern geschehen soll, so werden wir zunächst die wirklichen Idioten unbedingt aus der Schule entfernen müssen und in geschlossenen Anstalten unterbringen; nur dort ist es möglich, sie bis zu einem gewissen Grade zu erziehen und ihnen einige mechanische Fertigkeiten beizubringen. Auch die in höherem Grade Schwachsinnigen sind am besten in sachverständig geleiteten Pflegeanstalten aufgehoben, wo sie vor den üblen Einflüssen des Hauses, vor den schädlichen Einwirkungen einer unverständigen, oft übelwollenden Umgebung geschützt und zu einfachen Arbeiten im Hause, im Garten, auf dem Lande u. s. w. angehalten werden können.

Schwieriger liegt die Frage bei der sehr grossen Anzahl der übrigen Schwachsinnigen in unseren Volksschulen. Wenn auch im Beginne der gewissenhafte Lehrer immer wieder das Kind heranzuziehen sucht, und ihm besondere Aufmerksamkeit widmet, wird er doch bald durch den ausbleibenden Erfolg von dieser Mühe zurückgeschreckt; denn bald wird er sich dessen bewusst, dass er zu Unrecht die Zeit den anderen Schülern entzieht, und gar zu reichlich ist diese Zeit ja unseren Lehrern nicht zugemessen, denn durchschnittlich entfielen in Preussen 1896 57 Schüler für jede Unterrichtsklasse und gerade in den ärmeren Distrikten, welche vornehmlich eine grosse Zahl von Schwachsinnigen aufweisen, beträgt die Zahl oft genug über 80. So kommt es schnell dazu, dass die unglücklichen Kinder ganz vernachlässigt und unberücksichtigt

1) 27. Jahresbericht des Landesmedicinalcollegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1895.

2) l. c.

in ihrer Ecke bleiben, ein Spielball der Neckereien und Hänseleien ihrer Mitschüler, welche unbarmherzig die Schwächen und die Unbeholfenheit der Zurückgesetzten zum Zielpunkte ihres Spottes machen. Sie werden scheu, ziehen sich von den Kameraden und ihren Spielen zurück; leicht auch erliegen sie dabei den Verführungen böswilliger Altersgenossen, die sie zu mannigfachen Ungezogenheiten und auch schlechten Streichen anreizen. Die Kinder bleiben Jahre lang in den unteren Klassen, werden dann später mehr ihrer Grösse als ihrer Leistungen wegen in eine höhere Klasse geschoben, die ihrem Wissen noch weniger entspricht. Auch im Elternhause werden oft genug diese Kinder als minderwerthig schlecht behandelt und dadurch in ihrem sittlichen Empfinden noch mehr geschädigt. Dass diese Kinder nicht in die Volksschule gehören, wo nur für die geistig normalen Raum ist, hat man nun auch schon lange erkannt. Das, was man zur Abhilfe vorgeschlagen und auch an vielen Orten bereits eingeführt hat, ist mannigfaltig. Am radicalsten ist die Forderung, alle diese Kinder in geschlossenen Anstalten unterzubringen, wo sie im Verkehr mit gleichgearteten Kameraden nicht den vielfachen Kränkungen ausgesetzt sind, wie in anderer Umgebung; durch Unterricht, der ihrer Auffassungsfähigkeit angepasst ist, durch umfangreiche Pflege der Handfertigkeit, durch gemeinsame Spiele, gemeinsame Ausflüge gelingt es oft, den Kindern eine gute Heranbildung zum praktischen Leben zu gewähren. In Deutschland bestehen solche Anstalten kaum als selbständige Institute; nur in den 44¹⁾ Idiotenanstalten und Anstalten für Epileptiker werden derartige Kinder zuweilen untergebracht. In der Schweiz bestanden 1895 3 öffentliche Anstalten im Kanton Zürich, 2 im Kanton Aargau, je eine in Basel, Bern, Waadt, Thurgau, Solothurn; in ihnen sind 411 Kinder untergebracht. Auch in Nord-Amerika besteht seit langer Zeit eine ganze Reihe derartiger Institute; nach Monroe¹⁾ gab es 1896 dort 18 Staatsanstalten für geistesschwache Kinder mit 152 Lehrern und 5746 Kindern, und 10 Privatanstalten mit 33 Lehrern und 389 Kindern.

Wenn auch die Anstaltserziehung viel gutes zu leisten im Stande ist, und wenn auch, wie bereits erwähnt, in vielen Familien die schwachsinnigen Kinder keine liebevolle Behandlung geniessen, kann dennoch nicht allgemein empfohlen werden, alle diese Kinder der Familie und dem Familienleben, der Fürsorge der Mutter zu entziehen; auch wäre praktisch die Ausführung aus materiellen Gründen kaum angängig. Die Zahl der Volksschüler allein in Preussen betrug 5236826, bei nur 0,6 pCt. als Mindestzahl wären demnach mehr als 31000 schwachsinnige Kinder zu versorgen.

Das entgegengesetzte Extrem zeigt das Bestreben, die Kinder durch Privatunterricht die Lücken ersetzen zu lassen, welche die Schule auszufüllen nicht im Stande war. Berlin z. B. hat diesen Weg Jahre lang

¹⁾ Will. S. Monroe, Die Fürsorge für die abnormen Kinder in den Vereinigten Staaten. Die Kinderfehler. Zeitschrift f. pädagogische Pathologie und Therapie 1896. 1. Langensalza.

eingeschlagen. Es ist das aber als verfehlt anzusehen, da gerade für Schwachsinnige der Zusammenhang mit anderen Kindern vortheilhaft und so durch gegenseitige Aneiferung und Nachahmung manches zu erreichen ist. Besonders aber ist dieser Privatunterricht aus dem Grunde zu verwerfen, weil er, ausserhalb der Schulzeit erteilt, gerade die Kinder noch mehr belastet, die im Gegentheile am meisten entlastet werden müssten. Derselbe Vorwurf trifft auch die Nachhilfeklassen, die an einzelnen Orten gebildet wurden. In Apolda¹⁾ wurde 1877 eine solche Nachhilfeklasse eingerichtet, in welche 1. die von Natur schwachsinnigen, noch bildungsfähigen Kinder aufgenommen werden, 2. solche schwach begabte Kinder, welche mit ihren Klassengenossen nicht hatten gleichen Schritt halten können und länger als 2 Jahre in einer Klasse der Volksschule verblieben waren, 3. die von ausserhalb zugezogenen Kinder, welche in einzelnen Fächern hinter ihren Klassengenossen zurückstanden und 4. Kinder, die, durch lange und schwere Krankheit verhindert, ebenfalls zurückgeblieben waren. Es zeigte sich bald die Mangelhaftigkeit dieses Systems, und es wurden alle schwachsinnigen Kinder unter einem Lehrer als selbständige Abtheilung abgesondert. Das ist auch der Weg, den man jetzt an allen Orten beschritten hat zum Besten der Volksschulen, die von Elementen, die sie hemmen, befreit werden, und zum Besten auch der Schwachsinnigen, welche so am zweckmässigsten gefördert werden können. In kleinen Orten allerdings, wo nur einzelne solcher Kinder sich befinden, wird man diese privatim mindestens 6 Stunden in der Woche unterrichten lassen mit genügender Berücksichtigung der grösseren oder geringern Geisteschwäche, und zwar auf Kosten der Schulsocietät oder Kommune, sofern die Eltern oder Anhörigen ausser Stande sind, die erwachsenden Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten oder wenigstens theilweise zu übernehmen. Kuntz²⁾ meint: „An dem Unterricht in den technischen Fächern als: Schreiben, Zeichnen, Turnen, Handarbeiten, Singen könnten indess solche Schüler sich eventuell in der Volksschule selbst betheiligen. Ich verspreche mir von solchen Maassnahmen einen grossen Gewinn und Segen für die Bemitleidenswerthen, welche ja ohne Verschulden von der Natur so arg vernachlässigt und gestraft sind, und zugleich auch einen nicht zu unterschätzenden Vortheil für den Lehrer und die normalen Schüler, die auf diese Weise in der Unterrichtsthätigkeit nicht gehemmt sind.“ Doch gilt dieses, wie gesagt, nur für kleinere Städte, in grösseren müssen Hilfsschulen gegründet werden, in denen die Kinder gemeinsam unterrichtet werden; man wird sich dabei nicht etwa auf eine Klasse beschränken dürfen, sondern muss, sobald nur die Anzahl der Schwachsinnigen nicht zu gering ist, eine mehrstufige Schule schaffen, welche den Kindern bis zu einem gewissen Grade eine abgeschlossene Bildung zu gewähren im Stande ist. Das Ziel, das er-

¹⁾ Reinke, l. c. S. 81.

²⁾ P. Kuntz, Die Behandlung schwachsinniger und schwachbegabter Schulkinder. Sammlung pädagog. Vorträge. Bd. IX. Heft 4. 1897.

strebt werden soll, ist, diese schwachsinnigen Kinder zu braven, erwerbsfähigen Menschen zu machen und sie dazu mit den für einfache Lebensverhältnisse ausreichenden Kenntnissen und Fertigkeiten zu versehen. Der gesammte Unterricht muss ein viel weniger umfassender sein als in der Volksschule; es muss weit mehr noch als bei normalen Kindern durch die Einwirkung auf die Sinne der Schüler zu bilden gesucht werden; der Anschauungsunterricht muss daher im Mittelpunkte der gesammten Unterweisung dieser Kinder stehen (Reinke). Jede Abstraktion muss vermieden werden. Das Vorwärtsschreiten im Unterrichte darf nur sehr langsam geschehen, weitgehendste individuelle Behandlung muss ermöglicht werden; daher darf die Schülerzahl in der Klasse nur 15 bis 20 betragen, eine Zahl, die von den bestehenden Anstalten auch vielfach inne gehalten wird. Der Unterricht darf bei häufigem Wechsel des Gegenstandes nie länger als 40 Minuten hintereinander dauern, in den unteren Klassen nur 30 Minuten; die Pausen müssen gross sein; die wöchentliche Stundenzahl soll nicht mehr als 20—25 betragen. In den einzelnen Klassen muss zu gleicher Zeit stets der gleiche Gegenstand gelehrt werden, damit Kinder, die in den verschiedenen Gegenständen verschieden fortschreiten, in diesen den verschiedenen Klassen zugetheilt werden können. Solche „Fachklassen“ sind übrigens eine alte Einrichtung und bestanden bis in unser Jahrhundert hinein in den deutschen Gymnasien¹⁾, in denen die Schüler, je nach ihren Kenntnissen in den einzelnen Fächern ganz verschiedenen Klassen zugetheilt werden konnten.

Auf den Lehrplan näher einzugehen will ich unterlassen, verweise dabei auf die Zusammenstellung von Reinke, welche den Plan aus einer Reihe bestehender Schulen bringt. Nur die hervorragende Wichtigkeit des Handfertigkeitsunterrichtes möchte ich betonen, da gerade durch ihn die Kinder für die Bedürfnisse des Lebens besonders gut vorgebildet werden können, und die Gelegenheit geboten wird, die bei Schwachsinnigen so häufige Ungeschicklichkeit zu überwinden. Für Kinder mit Sprachgebrechen, die hier sehr oft vorhanden sind, muss sachgemässe Behandlung und Aufsicht in der Schule stattfinden.

An einzelnen Orten hat man zweckmässig die Kinder, um sie vor den erwähnten Schädigungen der sonstigen Umgebung zu schützen, nicht nur zum Unterrichte in der Schule vereinigt, sondern auch zu gemeinsamem Spiele, zur geselligen Erholung, zu Ausflügen und zu den Mahlzeiten (Tagesanstalten). In Leipzig z. B. erhalten die Schüler, welche einen weiten Schulweg haben und die, deren Eltern es wünschen, Mittag in der Schule und bleiben den ganzen Tag in derselben. Die Unbemittelten erhalten das Mittagessen auf Kosten der Stadt unentgeltlich von einer städtischen Speiseanstalt geliefert. Jede Portion enthält einen doppelten Fleischantheil, klein geschnitten und unter das Gemüse gerührt, so dass es mit dem Löffel gegessen werden kann; jedes Kind

¹⁾ Richter, l. c.

erhält eine um den Hals zu bindende Serviette. Den Dienst während des Essens versieht ein für diesen Zweck angestellter Aufwärter unter Aufsicht von 2 Lehrern und einer Lehrerin.

An den meisten bestehenden Hilfsschulen sind Knaben und Mädchen in den Klassen vereint; man vertheile dann die Geschlechter auf die rechte und linke Seite des Schulraumes, beim Hinuntergehen mögen die Mädchen zuerst, beim Hinaufgehen die Knaben vorangehen. Wenn die Schülerzahl genügend gross ist, trenne man die Geschlechter.

Die Schulräume sind vortheilhaft in besonderen Schulhäusern unterzubringen, da es gut ist, jede Berührung dieser Kinder mit denen der Volksschule zu vermeiden; da jedoch die Hilfsschulen meist im Verhältniss zu andern Schulen eine sehr geringe Schülerzahl haben, würde die Beschaffung eigener Nebenräume wie Turnhalle, Schulbaderaum etc. unverhältnissmässig hohe Kosten verursachen. Es ist darum auch gewöhnlich Anschluss an eine Volksschule üblich. Dabei ist es zu empfehlen, wie z. B. in Charlottenburg, ein abgesondertes Schulhaus mit eigenem Eingang auf dem Gesammtterrain zu errichten und so die Mitbenutzung der Nebenbauten der Hauptschule zu ermöglichen. Jedenfalls sollen in solchen Fällen die Kinder der Hilfsschule ungefähr $\frac{1}{4}$ Stunde später kommen und $\frac{1}{4}$ Stunde früher gehen als die anderen Schüler, um unliebsame Reibereien und Neckereien zu vermeiden. Die Schule muss möglichst central gelegen sein, um, so weit es angeht, gar zu weite Wege zu vermeiden; in sehr grossen Städten, in denen nicht mehrere Schulen in den einzelnen Stadttheilen angelegt werden können, empfiehlt es sich, an eine centrale Schule mehrere Unterklassen in der Peripherie der Stadt anzuschliessen. Grade die unterste Klasse wird immer die wichtigste sein, da in ihr die Denk- und Auffassungsfähigkeit erst erschlossen werden muss; hier am meisten wird daher auch auf eine geringe Schülerzahl, welche eine eingehende Beschäftigung des Lehrers mit jedem einzelnen Kinde ermöglicht, geachtet werden müssen. Auch sind grade die jungen Kinder der Unterstufe vor allem vor weiten Schulwegen zu schützen, welche den älteren schon eher zugemuthet werden können.

Für alle Kinder sind genaue Personalbogen anzulegen, enthaltend: das Nationale der Kinder und der Eltern, hereditäre Verhältnisse, überstandene Krankheiten, körperlicher Untersuchungsbefund, Dauer des früheren Schulbesuches, Erfolg desselben, Prüfungsergebniss bei der Aufnahme. Dieser Bogen muss regelmässig alle Semester weitergeführt und auch noch möglichst lange nach der Entlassung ergänzt werden. Ein genaues Schema eines solchen Personalbogens, wie er in Leipzig üblich ist, wird in der Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker 1894. No. 5 u. 6 wiedergegeben. Ein kürzeres Schema bringt Kalischer¹⁾.

¹⁾ S. Kalischer, Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unsrer schwachbegabten und schwachsinnigen Kinder thun? Berlin 1897.

Wichtig ist es, dass die Kinder in der richtigen Weise für die Hilfsschule ausgesucht werden; man muss unbedingt verlangen, dass nur nach sorgfältiger pädagogischer und ärztlicher Untersuchung Kinder aus der Volksschule verwiesen werden, und man muss im Allgemeinen daran festhalten, dass, abgesehen von besonderen Fällen, nur Kinder, welche längere Zeit die unteren Klassen ohne Erfolg besucht haben, in die Hilfsschule gehören. An vielen Orten werden nur solche Kinder, die bereits 2 Jahre in der unteren Klasse gewesen sind, ohne für die Versetzung in die höhere reif zu sein, zur Hilfsschule zugelassen. Oft genug werden Kinder, die im Beginne ihrer Schulzeit einen hochgradig beschränkten Eindruck machten, nach 1—2 Jahren in ihrer Lern- und Auffassungsfähigkeit so wesentlich gebessert, dass der Lehrer selbst über den unerwarteten Fortschritt erstaunt ist. Man weise daher nur auf ausdrücklichen ärztlichen Rath von vorn herein Kinder der Hilfsschule zu, wenn mit Bestimmtheit eine normale Entwicklung auszuschliessen ist.

In den meisten bestehenden Schulen wird das Kind auf Antrag des Lehrers nach Prüfung des zuständigen Rectors von dem Leiter der Hilfsschule gemeinsam mit dem bisherigen Lehrer unter Zuziehung des Arztes geprüft; dann werden die Eltern aufgefordert, den Antrag auf Ueberweisung an die Hilfsschule zu stellen. In Braunschweig, Sachsen, Anhalt, Schleswig-Holstein, in Norwegen können die Kinder zwangsweise den Hilfsschulen zugewiesen werden. Die Zuziehung des Arztes geschieht noch nicht überall und regelmässig, obwohl sie allseitig als dringend nothwendig angesehen wird. Die Nothwendigkeit solcher ärztlicher Controlle wird auch durch ein Rundschreiben des Kgl. preussischen Unterrichtsministers vom 16. Januar 1894 anerkannt; es heisst in demselben: „Von wesentlicher Bedeutung für die Ueberweisung der in diese Klassen gehörenden Kinder ist die Betheiligung des Arztes, indem körperliche Gebrechen oder überstandene Krankheiten mit der zurückgebliebenen geistigen Entwicklung in Zusammenhang zu stehen pflegen. Besonders wichtig sind daher auch die schon jetzt mit anerkannter Sorgfalt geführten Entwicklungsgeschichten der einzelnen Kinder; andererseits giebt die ärztliche Mitwirkung Gewähr dafür, dass die Ueberweisung auf Kinder beschränkt bleibt, welche geistig nicht genügend entwickelt sind, um den normalen Unterricht zu empfangen“. Von den 1894 bestehenden 26 Schulen in 18 Städten geschah die Aufnahme der Kinder unter ärztlicher Mitwirkung in 13 Städten.

Die Erfolge, die durch solche Hilfsschulen erzielt werden, sind sehr gute, da aus den meisten bestehenden Anstalten berichtet wird, dass durchschnittlich 80 pCt. der Kinder erwerbsfähig werden und eine ganze Reihe von Kindern nach Verlauf einiger Jahre auch wieder an die Volksschule zurückgewiesen werden konnte, nachdem sie sich soweit entwickelt hatten, dass sie mit Erfolg nunmehr an dem gewöhnlichen Unterrichte Theil zu nehmen im Stande waren.

Allerdings bedingt die Einrichtung solcher Schulen auch grössere Kosten, als die, welche Normalschulen verursachen. Die Lehrer werden

weit mehr belastet, als es sonst der Fall ist; es gehört eine selbstlose, opferfreudige Arbeitslust dazu, sich diesen elendesten unter den Kindern ausschliesslich zu widmen; es erfordert auch eine besondere Vorbildung in psychologisch-pädagogischen Dingen¹⁾ und in Behandlung von Sprachgebrechen, ferner eine sorgfältige Ausbildung im Handfertigkeitsunterricht. Eine Funktionszulage für den Lehrer der Hilfsschule erscheint somit als durchaus gerechtfertigt und wird auch in der Höhe von 200 bis 300 Mark für den Lehrer, 3—500 für den Leiter der Schule überall zugestanden. Dazu kommen dann die Mehrkosten, welche eine eigene Schule für eine beschränkte Schülerzahl im Gegensatz zu einer vollbesetzten Schule verursacht. Die Kosten sind an den verschiedenen Orten nicht ganz gleich, sie schwanken für das Kind und Jahr von 58 bis 153 Mark; in Braunschweig betragen sie 120 M., in Elberfeld 100 M., während dort der Volksschüler nur 44 M. Kosten verursacht. Da aber, wie oben erwähnt, ca. 80 pCt. der Kinder erwerbsfähig werden, so ist die grössere Ausgabe als ein von der Commune gut angelegtes Kapital anzusehen, das sie vor einer Anzahl sicherer Almosenempfänger und oft genug auch vor Verbrechern schützt; umsomehr hat die einzelne Gemeinde ein Interesse an der Erziehung der Schwachsinnigen, da gerade diese am wenigsten leicht sich von der Scholle trennen und so dauernd ihrem Heimathsorte zur Last fallen. Einzelne Communen gehen daher auch weiter und bemühen sich, auch nach Beendigung des Schulbesuches für diese Kinder zu sorgen, indem sie dieselben zu tüchtigen Meistern in die Lehre bringen, denen sie einen Zuschuss zu dem üblichen Lehrgelde gewähren, um die Lehrherren zu grösserer Sorgfalt in der Erziehung und zu ausdauernder Geduld anzuspornen.

Die Zahl der Hilfsschulen hat in den letzten Jahren in Deutschland sehr zugenommen; während nach einer Statistik von Kielhorn 1894 in 30 Hilfsschulen von 115 Lehrern in 110 Klassen 2290 Schüler unterrichtet wurden, werden 1898 von Wintermann²⁾ in 53 Städten 202 Klassen mit 225 Lehrkräften und 4280 Kindern aufgezählt. Diese Zusammenstellung ist nicht ganz vollständig, da in Wirklichkeit wohl gegen 6000 Kinder z. Z. in Hilfsschulen untergebracht sind; dennoch aber genügt die Zahl dieser letzteren in keiner Weise, da in Deutschland ungefähr 60000 Schwachsinnige und Schwachbegabte zu versorgen wären.

Halle a. S. und Dresden waren die ersten Städte, welche 1863 und 1867 bereits Nachhilfeklassen einrichteten, aus denen sich dann selbstständige Hilfsschulen entwickelten. Es folgten Gera (76), Apolda (77), Elberfeld (79), Braunschweig und Leipzig (81), Halberstadt und Dortmund (83), Königsberg i. Pr., Crefeld, Chemnitz (85), Guben, Köln (86), Düsseldorf, Cassel, Aachen, Karlsruhe, Lübeck (88), Bremen, Al-

¹⁾ In Jena werden Feriencurse für die pädagogische, psychologische, psychiatrische, hygienische Ausbildung der Lehrer gehalten.

²⁾ Beiträge zur Kinderforschung. Heft III. Die Hilfsschulen Deutschlands von Wintermann. Langensalza 1898.

tona, Hannover, Frankfurt a. M. (89), Erfurt, Jena (Privaterziehungs-
haus Sophienhöhe) (90), Weimar, Kaiserslautern (91), Hamburg, Mainz,
Magdeburg, Stettin, Breslau, Nordhausen (92), Zwickau, Görlitz, Char-
lottenburg, Plauen i. V. (93), Gotha, Nürnberg (94), Göttingen, Branden-
burg a. H., Essen, Mühlhausen i. E. (95), Eisenach, Lüneburg, Barmen
(96), Danzig, Cottbus, Bonn, Posen, Pforzheim, Strassburg i. E., Zittau i. S.
(97), Bremerhafen (98). In der Schweiz haben Chur (81), Basel (87),
St. Gallen (90), Zürich (91), Bern (92), Schaffhausen (93), Herisan
St. Appenzell (97) Specialklassen und Nachhilfeschulen; in London¹⁾
wurden auf Antrag von R. Bourke 1891 3 Schulen mit 30 Klassen für
Minderbegabte errichtet. 1895 bestanden an 26 Stellen eigene Sammel-
stellen für schwachsinnige Kinder mit 600 Schülern und es sollten dem-
nächst 7 neue Sammelklassen eröffnet werden. Wien hat 1885 einige
Klassen und später ganze Schulen für schwachsinnige Schüler einge-
richtet. Norwegen hat in Christiania und Bergen solche Hilfsschulen,
auch in Schweden, Frankreich, Holland fehlen sie nicht, ebenso wie in
Amerika.

Lange Zeit und zum Theil auch jetzt noch bestand ein Vorurtheil
der Eltern gegen die Hilfsschulen; dieselben wollten nicht zugeben, dass
ihre Kinder zu Schülern zweiter Klasse herabgewürdigt würden, sie fürch-
teten, dass ihnen damit dauernd der Makel der Minderwerthigkeit auf-
gedrückt bliebe. Richter²⁾ sagt: „man hat oft die Trennung schwach-
sinniger Kinder von den anderen gleichsam als ein ihnen zugefügtes
Unrecht angesehen, weil ihnen dadurch die aus dem Verkehre mit Be-
gabteren erwachsende Aneiferung entgeht und ihnen durch die abgeson-
derte Unterweisung für immer ein Makel aufgedrückt werde. Nichts ist
unrichtiger als das; gerade aus dem Verkehre mit besser begabten er-
wachsen schwachsinnigen Kindern meist nur Demüthigungen und Necke-
reien, die unter ihresgleichen wegfallen; und wie kann derjenige ange-
spornt werden zu fliegen, dem keine Schwingen gewachsen sind? Eher
erfolgt ein gegenseitiges Anfeuern unter Gleichbegabten.“ Thatsächlich
wird auch überall, wo die Schulen eine Zeit lang bestehen, berichtet,
wie man immer weniger mit der Abneigung der Eltern gegen die neuen
Schulen zu kämpfen habe, wie die Eltern von selbst die Kinder den-
selben zuführen und auf den Rath der Lehrer, die Ueberweisung zu be-
antragen, gerne eingehen. Aus Köln z. B. wird geschrieben³⁾: den
Eltern steht das Einspruchsrecht gegen die Ueberweisung ihrer Kinder
in die Hilfsschule zu; doch ist dasselbe nur ein beschränktes und wird
jetzt nur selten ausgeübt. Dies kommt daher, dass durch die Erfolge
der Hilfsschule der Widerwille der Eltern fast ganz überwunden ist,
namentlich aber daher, dass der Leiter resp. die Leiterin der Anstalt
die Eltern aufsucht, sobald ihr schwachbegabtes Kind für die Hilfsschule

¹⁾ Deutsche Zeitschrift für ausländisches Unterrichtswesen. 1896.

²⁾ l. c.

³⁾ Reinke, l. c.

bestimmt ist, und dieselben aufklärt.“ Auch in der officiellen Uebersicht¹⁾ heisst es: „nach den guten Erfolgen der Hilfsschulen ist besonders erfreulich, dass die frühere Abneigung der Eltern gegen die Absonderung ihrer schwach begabten Kinder zu weichen beginnt.“ Wir finden hier in diesem officiellen Berichte ebenso wie bei manchen der citirten Autoren die Bezeichnung Schwachbegabte, wo es eigentlich nach unserer Definition Schwachsinnige heissen sollte; denn die Schwachbegabten, wie wir sie auffassen, gehören nicht in die Hilfsschule. Der Lehrer darf nicht so weit gehen, seine Klasse von allen langsamen Denkern etwa befreien zu wollen; mit den Schwachbegabten hat die Volksschule unbedingt zu rechnen, ihnen kann sie nicht die Thüre verschliessen. „Die Ziele der allgemeinen Volksschule sind nichts Absolutes und Objectives, sondern haften an dem Material, das ihnen nahegebracht werden soll; und dieses Material und seine körperliche und geistige Beschaffenheit hat die Ziele nöthigenfalls zu moderiren. Darum sind die Hilfsschulen mit gekürzten Lehrzielen durchaus verwerflich (eben für diese Schwachbegabten natürlich); rechtfertigen lässt sich nur eine Nachhilfe zu weit zurückgebliebener, körperlich krank gewesener, durch besondere Verhältnisse in Schule und Haus nachtheilig beeinflusster, aber sonst normaler Kinder; doch bezieht sich die Nachhilfe nur auf kurze Zeit und verfolgt nur den Zweck, eine Einordnung in eine höhere Klasse zu ermöglichen. Wollten die Behörden, nachdem die Volksschule von den Schwachsinnigen befreit ist, sich dieser „Nachhilfe auf kurze Zeit“ fürsorglich annehmen, so dürfte der Gedanke an eine Hilfsschule mit gekürzten Lehrzielen überhaupt erledigt sein, auch für den, der weniger empfindlich über eine Degradirung innerhalb der allgemeinen Volksschule denkt²⁾. Hierin ist Alles gesagt, was für die Schwachbegabten zu thun ist.

Wenn wir uns hier mit der Fürsorge für die geistig Defecten in der Schule eingehender beschäftigten, so geschah dieses, weil gerade diese Frage bisher sowohl den Aerzten als auch dem grossen Publicum meist fremd ist, und es nothwendig erschien, auch in weiteren Kreisen hierfür Interesse und Verständniss zu erregen. Aber mit der besonderen Pflege und Aufmerksamkeit, die solchen Kindern gesendet werden soll, ist noch durchaus nicht Alles geschehen, was an Krankenpflege die Schule zu bieten hat und bieten muss. Dr. Litteljohn³⁾ fand unter 14 000 Schulkindern 3274 Krankheitsfälle vor, also ca. 24 pCt.; bei einer Untersuchung von 11 959 Schulkindern im Medicinalbezirke Marienberg (Sachsen)⁴⁾ fanden sich 479 kurzsichtige Kinder, 281 schwerhörige, 184 krummsitzende oder mit hoher Schulter behaftete, 299 den

1) Centralblatt f. d. g. Unt. Pr. 1896.

2) Fuchs, l. c.

3) Practitioner. Juli 1897.

4) 27. Jahresbericht des Landesmedicinalcollegiums über das Medicinalwesen im Königreich Sachsen auf das Jahr 1895.

Mund immer offen haltende oder durch die Nase sprechende, 455 blutarme oder sehr leicht die Farbe wechselnde, 695 scrophulöse, 123 mit den Schultern und Armen zuckende oder Gesichter schneidende, 409 auffällig beschränkte, 211 zitternde, ängstliche, weinerliche, 101 mit Kropf. Welch' eine Fülle von Anregung bietet eine solche Zusammenstellung einem einsichtigen Lehrer, dem ein sorgfältiger Arzt zur Seite steht! Die Berücksichtigung der Schwerhörigen wird zunächst allgemein verlangt; ein preussischer Medicinalerlass¹⁾ gebietet, dass „der Schule nur zur Pflicht zu machen ist, dass sie bei denjenigen schwerhörigen Schülern, welche ihr Uebel noch nicht zur Theilnahme am Unterrichte unfähig macht, durch besondere Berücksichtigung und Aufmerksamkeit die nachtheiligen Folgen des Leidens für die geistige Entwicklung der Schüler möglichst zu ermässigen suche, und dass sie, wo beginnende Schwerhörigkeit den Eltern nicht bekannt zu sein scheint, dieselben sofort in Kenntniß setze und ihnen die Einholung ärztlichen Rathes anheim gebe.“ Auch in den Instructionen²⁾ der seit 1896 bestehenden Wiesbadener Schulärzte heisst es: „10. Bemerkungen und Vorschläge für die Behandlung in der Schule: Hierbei soll angegeben werden, ob und inwiefern das Kind besonderer Berücksichtigung beim Unterrichte bedarf, z. B. Anweisung besonderer Sitzplätze wegen Kurzsichtigkeit, Beachtung der Aussprache, Befreiung von einzelnen Unterrichtsstunden, Turnen u. s. w.“ Wir sehen hier schon eine etwas weiter gehende Auffassung von der Pflege kranker Schulkinder; sehr wichtig ist es besonders, die Achtsamkeit des Lehrers auf die Aussprache der Kinder zu lenken, da es so sehr wohl möglich ist, durch richtige Sprachpflege manches schwere Uebel im Keime zu unterdrücken; ausgesprochene Sprachübel dagegen müssen in besonderen Cursen beseitigt werden. Durch dauernde Beobachtung und Anleitung während der Schulstunde, nicht etwa nur während des Turnens kann ferner der Lehrer sehr viel zur Besserung von Rückenverkrümmungen und fehlerhafter Haltung bei den Kindern beitragen. Wichtig ist ferner, dass der Lehrer durch richtiges Erkennen der Initialerscheinungen ein Kind frühzeitig als krank erkennt und dementsprechende Anordnungen treffen kann. Von einer directen Behandlung der Kinder ist dabei nicht die Rede; in dem citirten Aufsatz³⁾ spricht Cuntz von Sprechstunden, die alle 14 Tage in jeder Schule abgehalten werden sollen, betont aber „in erster Linie, dass die ärztliche Behandlung kranker Schulkinder dem Schularzte nicht zusteht; erforderlichen Falles werden die Eltern durch gedruckte Formulare auf die Nothwendigkeit ärztlicher Behandlung aufmerksam gemacht.“ Auch Netolitzki⁴⁾ sagt: „es wäre ganz verfehlt, die ärztliche Behand-

1) Preussischer Medicinalerlass vom 12. Nov. 1885.

2) Errichtung von Schularztstellen und die Thätigkeit der Schulärzte der Stadt Wiesbaden. Dr. med. Cuntz. Aertzl. Centralblatt. 1897. No. 356.

3) l. c.

4) Leo Burgerstein und Aug. Netolitzki. Handbuch der Schulhygiene. Bd. III. 1 aus Th. Weyl's Handbuch der Hygiene.

lung der Schuljugend in Krankheitsfällen als Hauptaufgabe des Schularztes hinzustellen. Der Schularzt muss vielmehr, wenn er seiner Stellung nicht den Boden entziehen und nicht mit verschiedenen Factors in Conflict gerathen will, das Ziel seiner Thätigkeit in erster Linie auf die praeventive Gesundheitspflege verlegen. Nicht kranke Schulkinder zu behandeln, sondern die gesunden Schüler vor Krankheiten und Schädigungen an Körper und Geist durch Fernhalten von Schädlichkeiten zu schützen, soll seine Aufgabe sein.“ Wir können diese Auffassung als für unsere Verhältnisse passend anerkennen, müssen aber doch darauf hinweisen, dass man an einzelnen Orten sich durchaus nicht gescheut hat, in der Schule selbst kranken Kindern, die durch die Krankheit nicht am Schulbesuche gehindert sind, eine zweckentsprechende Behandlung angedeihen zu lassen. In Antwerpen ist eine solche, *médication préventive* genannt, bereits seit den achtziger Jahren in allen städtischen Freischulen eingeführt. Dr. med. Desguin¹⁾, conseiller communal, échevin de l'Instruction publique de la ville d'Anvers, berichtet bereits 1888 darüber: Der praeventiven Medicin sind jene Schulkinder unterworfen, welche, ohne eigentlich krank zu sein, d. h. ohne verhindert zu sein, an dem Unterricht Theil zu nehmen, sich in einem Gesundheitszustande befinden, der gewisse Fürsorge erfordert, so die anämischen, die constitutionell schwachen, die rachitischen, diejenigen, welche Lymphdrüsen aufweisen, welche gewisse Augen- und Ohrenleiden haben. Kein Kind mit einer ansteckenden Krankheit darf einer Behandlung in der Schule unterworfen werden, sondern wird sofort in die Familie zurückgewiesen. Die in genannter Weise Leidenden — so führt Desguin aus — werden häufig durch Unwohlsein, dem sie öfter als Kinder mit guter Gesundheit ausgesetzt sind, gezwungen, einen oder mehrere Tage zu Hause zu bleiben, ein Umstand, der sie in ihrer Fortbildung wesentlich aufhält und eine Störung in der Fortführung des Unterrichts im Gefolge hat. Die praeventive Medicin hat den Zweck, dies zu verhindern oder wenigstens die Zahl dieser Absenzen zu verringern bei gleichzeitiger Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder; sie wird ferner in allen Fällen die Entwicklung constitutioneller Krankheiten, zu welchen jene Kinder hinneigen, hintanhaltend. Als einen besonders mächtigen Factor der praeventiven Medicin bezeichnet Desguin die Gymnastik, die auch in den dortigen Schulen in zweckentsprechender Weise geübt wird. In jeder Schule besteht ein Register, in welchem neben dem Namen, dem Alter und Wohnort der Schulkinder, das Datum des Eintritts in die Schule, die besonderen Ursachen der praeventiven Behandlung, die Daten des Beginnes und des Aufhörens derselben und die erhaltenen Resultate verzeichnet sind; letztere müssen mindestens alle 3 Monate eingetragen werden. Während der ersten 14 Tage jedes Vierteljahres lassen die Inspectionsärzte der Administration einen eingehenden Bericht über die

¹⁾ Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1888. S. 287 ff. Die ärztliche Inspection der Schulen, ihre Organisation, ihre Resultate.

praeventive Medicin in den Schulen zukommen. Die bei der Behandlung angewandten Mittel sind hauptsächlich blut- und knochenbildende Medicamente: Leberthran, Jodeisensyrup, phosphorsaure Kalksalze, Blaudsche und Vallet'sche Pillen, das Pollische Nahrungsmittel; ausserdem werden einige local angewandte Mittel benutzt; in den letzten Jahren wurde besonders auch Granulose in der Schule behandelt. Die Medicamente, welche von den Schulärzten verordnet sind, werden umsonst geliefert und unter Leitung des Arztes von den Lehrern und Lehrerinnen verabreicht. Die entsprechenden Paragraphen des Reglements für die Schulärzte lauten: VIII. Les enfants reconnus porteurs de prédispositions à certaines maladies, sont soumis de ce chef, dans le local même de l'école, à un traitement préventif. Les médicaments, que nécessite ce traitement, sont prescrits par le médecin-inspecteur et délivrés par la pharmacie du Bureau de Bienfaisance, qui en supporte les frais: Les médicaments sont remis au chef d'école et administrés par les institutrices et instituteurs, selon les indications du médecin de manière à n'apporter aucun trouble dans les classes. IX. Le médecin-inspecteur tient dans chaque école un registre des élèves soumis à ce traitement préventif; il y indique, outre l'âge et la demeure des enfants, la nature de la prédisposition ou de l'affection, qu'il a reconnue, le traitement qu'il a institué et les résultats qu'il a constatés. Dans la première quinzaine de chaque trimestre, il fait parvenir au Collège échevinal un rapport détaillé sur la médecine préventive organisée dans les écoles.

Die erwarteten Folgen dieser eingreifenden Krankenpflege sind nicht ausgeblieben. Hautkrankheiten, Ekzeme, Kopfgrind, die früher sehr häufig waren, wurden äusserst selten, ebenso Scoliosen und Myopie — diese wesentlich durch die Aufmerksamkeit der Lehrer auf gute Haltung. Die Zahl der Fehlenden wurde eine geringere.

In ähnlicher Weise ging Brüssel vor, wo die präventive Behandlung bereits seit 1875 in Anwendung ist. Im Schuljahre 1886/87 wurden dort 2045 Schulkinder in dieser Weise behandelt; von diesen wurden 223 als geheilt bezeichnet i. e. 10 pCt., gebessert wurden 1571 = 76,8 pCt., kein Resultat wurde erzielt bei 43 = 2,1 pCt., unbekannt blieb das Resultat bei 208 Kindern also 10,2 pCt. Obwohl zeitweilig bis 10 pCt. aller Schulkinder in den öffentlichen Schulen der präventiven Medication innerhalb der Schulzeit unterworfen wurden, kamen Klagen über dadurch entstehende Belastung oder entstandene Störung des Unterrichts von Seiten der Lehrer nicht vor. Das Reglement schreibt vor, dass die z. Z. bestehenden 8 Schulärzte die Verabreichung der Medicamente anordnen und der Austheilung derselben in der Schule wenigstens einmal im Monat selbst beiwohnen müssen. Die Vertheilung geschieht durch die Lehrer und Lehrerinnen täglich morgens zwischen 9 $\frac{1}{2}$ und 9 $\frac{3}{4}$ Uhr. Die Lehrer haben den Schulärzten stets sofort von neuen Erkrankungen zu berichten. Die Schulärzte haben genaue Journale zu führen und regelmässige Berichte zu erstatten. Neuerdings soll nach

einem directen Berichte der Stadtverwaltung die *médication préventive* sich im wesentlichen auf Verabreichung von Leberthran und des Polli-schen Mittels beschränken. Neben dieser Behandlung aber besteht in den Brüsseler Schulen auch bereits seit 1877 eine regelmässige zahn-ärztliche Behandlung; so wurden 1886/87 1178 Kinder behandelt: 189 an Knochenhautentzündungen, 393 an Kiefersperre und überzähligen Zähnen, 443 an Zahnschmerzen.

Auch in Lausanne werden seit den achtziger Jahren erkrankte Schüler officiell behandelt; 1888 fanden sich 274 Schulkinder im Stadt-hause zur Consultation ein.

Aehnlich wie diese preventive Behandlung wirkt die „Schulspeisung“, die, in London zuerst in grösserem Maassstabe durchgeführt, auch bei uns jetzt vielfach bereits üblich ist. Sie soll hauptsächlich schwächlichen, kränklichen Kindern zu Gute kommen, die nüchtern von Hause zur Schule kommen, oder die auf dem Lande einen weiten Weg zur Schule zurückzulegen haben. Vielerorts wird berichtet, wie durch diese Schulspeisung die Gesundheit der Kinder eine bessere werde, das Fehlen der Schüler seltener und die Aufmerksamkeit der gesättigten Kinder eine erheblich bessere sei als es früher der Fall war.

Mehr im Anschlusse an die Schule als direct in derselben geschieht neuerdings allgemein eine weitgehende Fürsorge für kranke Schulkinder durch die Ferienkolonien, die meist aus privaten Mitteln geschaffen werden. In der Schule werden die Kinder bezeichnet, welche einer solchen Colonie zugewiesen werden sollen, und auf Rath eines Arztes werden diese dann je nach Bedarf an die See, aufs Land oder in ein Sool-bad für einige Wochen gesandt. Die Resultate dieser Ferienkolonien, die sowohl in Deutschland als auch in Frankreich und England eine ausgebreitete Thätigkeit entwickeln, sind meist recht gute. Die Kinder, eine Zeit lang der engen, ärmlichen Elternwohnung entführt, gedeihen in der frischen Luft bei guter Verpflegung meist trefflich. Die Gewichts- und Maasstabellen allerdings, die zum Beweise dessen veröffentlicht werden, fordern zuweilen zur Kritik heraus, da während der Sommerferien fern von der Schule auch zu Hause oft genug eine Zunahme um einige Pfund leicht zu erzielen ist.

Hierher gehören auch die Bestrebungen eines Londoner Vereins zur Pflege erkrankter Schulkinder. Krankenbesucher werden zu den von der Schule als erkrankt gemeldeten Kinder gesandt, welche die Mutter und sonstige Angehörige bei der Ernährung und Pflege der erkrankten Kinder unterstützen, und ihnen manche Schwierigkeiten, welche Krankheit besonders in Arbeiterhäusern leicht erzeugt, beseitigen helfen. Während der Reconvalescenz wird für Luftwechsel gesorgt; etwaige chirurgische Apparate, Bandagen, welche der Arzt verordnet, werden beschafft.

Wenden wir uns nun wieder der Krankenpflege innerhalb der Schule selbst zu, so müssen wir — wenn wir auch von der oben geschilderten weitgehenden Fürsorge als für unsere Verhältnisse nicht

passend absehen — für alle Schulen wenigstens eine genügende Vorsorge bei etwaigen Unfällen während der Unterrichtszeit verlangen.

Der Verein der ärztlichen Schulinspektoren von Paris beantragte 1891, dass in allen dortigen Communalschulen Medicinkästen aufgestellt werden sollten, und den Lehrern dabei eine Anleitung zur Benutzung der darin enthaltenen Apparate und Medicamente gegeben werde. Diese Kästen¹⁾ wurden auch überall aufgestellt; sie enthalten: 1. eine Fläschchen Pfeffermünztropfen, 2. ein Fläschchen Campherspiritus, 3. ein Fläschchen Schwefeläther, 4. ein Fläschchen Eisenchloridlösung, 5. ein Packet mit Schwämmen, 6. eine Lösung von Carbolsäure in Glycerin (1:20), 7. 1 kg entfettete Carbolwatte, 8. 1 kg gewöhnliche Watte, 9. eine Rolle Taffet, 10. eine Rolle Heftpflaster, 11. 3 Leinwandbinden von 5, 6, 7 Meter Länge, 12. 6 Binden von Tarlatan, 13. 12 Compressen, 14. 2 Servietten, 15. 1 Pincette, 16. 2 Blätter von starker Pappe, um daraus Schienen bei Knochenbrüchen zu schneiden. Jedem Verbandkasten ist eine von Dr. Mangenot verfasste und für den Lehrer bestimmte Anweisung beigegeben, welche in kurzem die in der Schule am häufigsten vorkommenden Krankheits- und Unglücksfälle charakterisirt und die bei dem einzelnen Vorkommniß zu ergreifenden Maassnahmen beschreibt:

Präfectur der Seine
Verwaltung des Elementarunterrichts
Centralbureau.

Anweisung zum Gebrauche der Verbandkästen, welche in den Elementarschulen und Kindergärten der Stadt Paris aufgestellt sind.

Die erste Hilfeleistung bei Kindern.

Die Verbandkästen haben den Zweck, die Mittel zu liefern, um einem kranken oder verletzten Kinde die erste Hilfe zu gewähren. Dasselbe soll in die bestmögliche Lage versetzt werden, um so die Ankunft des Arztes zu erwarten. Die Lehrer und Lehrerinnen müssen sich von dem immer schweren Vorwurf frei machen, dass sie den Transport des Zöglings zu seinen Eltern verzögert haben; es muss denselben daher die Möglichkeit gegeben werden, das Kind in solchen Zustand zu setzen, dass es zu seiner Familie gebracht werden kann. Sie werden sich beilehen, im Voraus die Eltern und bei schweren Fällen auch den ärztlichen Schulinspektor zu benachrichtigen.

Leiden der Verdauungsorgane.

Ihre Anzeichen sind allgemeines Unbehagen und Blässe des Gesichtes, die zuweilen von Ueblichkeit und selbst von Erbrechen und Diarrhoe begleitet sind. Die ersten Anfänge des Unbehagens werden

¹⁾ Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1892. S. 416ff. Samariterhilfe und Verbandkästen in Schulen und Turnhallen von Janke.

schon oftmals verschwinden, wenn man das Kind in freie Luft bringt und im entgegengesetzten Falle giebt man ihm eine Tasse warmen Wassers, dem ein Kaffelöffel Pfeffermünztropfen zugefügt ist und lässt es diese Mischung in kleinen Zügen trinken.

Nervenleiden.

Sie sind gekennzeichnet durch Wechseln der Gesichtsfarbe, Herzklopfen und unregelmässige, mehr oder minder heftige Bewegungen und Krämpfe, auf welche ein vollständiger Verfall folgt. Dieser unterscheidet sich aber von der Ohnmacht durch die Regelmässigkeit der Athmung und der Blutcirculation. Man entferne das Kind von seinen Kameraden und lege es auf ein Bett oder auf den mit einer Decke belegten Boden und zwar so, dass der Kopf und der Oberkörper leicht erhöht sind. Alles was die Athmung hindert, lockere und entferne man, auch werde aus der Nähe des Kindes Alles, wodurch es sich verletzen könnte, fortgeschafft. Dann lasse man es einige Züge Aether, den man auf ein Tuch gegossen hat, einathmen, auch einige Tropfen davon in einem Löffel Zuckerwasser einnehmen.

Brandwunden.

Man lege auf die Brandwunde ein Stück entfetteter Watte, die man in carbolisirtes Glycerin eingetaucht hat. Diese Lage wird mit gewöhnlicher Watte bedeckt und das Ganze mit einer Binde von Leinen oder von Tarlatan festgewickelt.

Kopfschmerzen.

Man lege eine Comresse auf den Kopf, die mit Wasser, dem Pfeffermünztropfen in Verhältniss von 1:4 zugesetzt sind, getränkt ist.

Quetschung.

Der gequetschte Theil wird mit Wasser gewaschen und darauf mit entfetteter Watte bedeckt, die in Wasser, dem ein Drittel Kampferspiritus zugefügt ist, eingetaucht wurde. Wo es an Kampferspiritus mangelt, kann man sich mit gewöhnlichem Wasser begnügen. Ist bei der Quetschung eine Wunde entstanden, so wird sie wie die oberflächlichen Wunden behandelt.

Verstauchung.

Das Gelenk wird mit entfetteter Watte oder mit einer Komresse bedeckt, die in Wasser, das mit Kampferspiritus im Verhältniss von 1:3 vermischt ist, eingetaucht war. Dann umwickele man diese Lage ziemlich fest mit einer Leinwandbinde und besprenge das Ganze mit derselben Flüssigkeit.

Knochenbrüche.

Einen Knochenbruch erkennt man an der Beweglichkeit des Gliedes, welche sich an anderer Stelle als in seinem Gelenk befindet, ferner an der Unmöglichkeit, es ohne lebhaftere Schmerzen zu bewegen. Man bringe das gebrochene Glied, nachdem es vorsichtig in gewöhnliche Watte eingewickelt ist, in die natürliche am wenigsten schmerzhafteste Lage und umfasse es darauf mit einer aus starker Pappe hergestellten Schiene, die wenigstens $\frac{2}{3}$ seines Umfanges umgiebt. Dieser Verband wird durch breite Pflasterstreifen oder durch Leinenbinden fest gehalten. Befindet sich der Knochenbruch an den oberen Extremitäten, so giebt man dem betreffenden Gliede vermittelst einer Binde eine feste Lage; ist er an einer unteren Extremität, so wird diese auf eine horizontale Ebene gelegt. Darauf transportire man den Patienten mittelst des städtischen Krankenwagens nach Hause.

Verrenkungen.

Sie sind durch die Unförmlichkeit des verrenkten Gliedes charakterisirt. Man versuche niemals, das Gelenk einzurenken, sondern lasse sich genügen, das Glied in die am wenigsten schmerzhafteste Lage zu bringen. Darauf wird der Transport in derselben Weise, wie er bei den Knochenbrüchen beschrieben ist, bewirkt.

Zahnschmerzen.

Ein kleines Pfröpfchen von entfetteter Watte wird mit Pfeffermünztropfen getränkt und auf den kranken Zahn gebracht.

Stichwunden.

Mit der Pincette wird der Fremdkörper (Feder, Nadel, Splitter u. s. w.) ausgezogen. Dann wasche man mit 2proc. Carbolwasser und durch Druck begünstige man den Ausfluss des Blutes aus der Wunde, die sodann mit Taffet bedeckt wird.

Wunden.

Sie sind entweder oberflächliche oder tiefe.

1. Oberflächliche Wunden: Diese werden gründlich mit 2proc. Carbolwasser ausgewaschen. Sodann legt man auf dieselben eine Schicht von Watte, die mit carbolisirtem Glycerin getränkt ist; diese Schicht wird mit gewöhnlicher Watte bedeckt und Alles mit einer Binde festgewickelt. Wenn die Wunde nicht erheblich ist, so genügt es, ein Stück Taffet darauf zu legen.

2. Tiefe Wunden: Diese wäscht man ebenso wie die oberflächlichen tüchtig aus. Darauf werden die Ränder der Wunde wieder aneinander gebracht und in dieser Lage durch schmale Pflasterstreifen oder durch Wulste von Watte, die an jeder Seite aufgelegt sind, festgehalten. Das Verbinden geschieht in derselben Weise wie bei den oberflächlichen

Wunden. Wenn die Blutung eine lebhaftere ist, so muss vor dem Auflegen des definitiven Verbandes die Wunde mit einem Stück Schwamm, der mit carbolisirtem Glycerin getränkt ist, bedeckt werden. Die tiefen Wunden können durch Blutungen, die in Verletzung einer Schlagader ihre Ursache haben, gefährlich werden. Glücklicher Weise kommt dieser Fall nur selten vor; man wird eine solche Verletzung am stossweisen Ausfluss hellrothen Blutes erkennen. Ohne einen Augenblick zu verlieren, drücke man die Wunde kräftig zu, indem man einen Bausch von Watte auf dieselbe legt und diesen durch eine kräftig zugezogene Binde befestigt.

Nasenbluten.

Hier ist reichliches Waschen der Nase mit kaltem Wasser oder, wenn dieses nicht hilft, Verstopfen der Nasenlöcher zu empfehlen. Letzteres geschieht mit einem Schwamm, der in Theilchen von der Dicke eines starken Federkiesels geschnitten ist. Man tränke diese Stücke mit carbolisirtem Glycerin, tauche sie in Eisenchloridlösung und führe sie in das Nasenloch ein. Zu diesem Zwecke erhebe man die Spitze der Nase so weit, dass die Einführung nicht von unten nach oben, sondern waagrecht geschehen kann. Sodann empfehle man dem Kinde, den Kopf etwas nach vorn geneigt zu halten, um die Gerinnung des Blutes zu begünstigen und um das Ausfliessen desselben in den Mund zu verhindern.

Ohnmacht.

Das Kind fällt um, und bleibt ohne Bewegung liegen, sein Gesicht wird blass, Athmung und Blutumlauf scheinen aufgehört zu haben. Man lege dasselbe auf den Boden, so dass der Kopf mit dem Körper in derselben Höhe liegt. Darauf lockere man die Kleider und entferne Alles, was die Athmung behindern kann. Auf das Gesicht wird ein in kaltes Wasser getauchtes Tuch gelegt. Man lasse Essig oder einige Tropfen Aether einathmen und gebe, sobald das möglich wird, Zuckerwasser zu trinken, dem Pfefferminztropfen beigemischt sind.

Auch in Elberfeld¹⁾ wurden auf Beschluss der städtischen Sanitätscommission 1895 sämmtliche Schulen mit einem Verbandkasten versehen, in dem einige sterilisirte Verbandsachen und eine kurze Gebrauchsanweisung dazu sich befindet. Veranlassung dazu war ein Fall von Blutvergiftung nach einer kleinen Verletzung, welche der Lehrer mit einem schmutzigen Tafelschwamm ausgewischt hatte, und ein Fall von Erysipel nach einer Verletzung, in dem Mitschüler mit einem unsauberen Tuche die Wunde ausgewaschen hatten. Ein ähnliches „Sanitätskästchen“ mit Anleitung wie in Paris besitzen seit einigen Jahren auch die öffentlichen Schulen von Basel, seit 1895 die in Zürich; in Wien haben einige Schulen seit 1896 einen sogenannten Nothapparat für plötzliche Unfälle in Schulen. Es wäre dringend wünschenswerth, wenn ein solches Kästchen mit zweck-

¹⁾ Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1895. S. 282.

mässig zusammengestelltem Inhalte und Anweisung in jeder Schule sich vorfinden; zumal jetzt noch mehr als früher auf Turnen und Turnspiele in der Schule Werth gelegt wird, erscheint eine solche Vorsorge besonders nothwendig. Auch Wehmer¹⁾ tritt für diese Forderung ein. Der Inhalt der Kästen und die Anwendung würde ähnlich wie in Paris gewählt werden können, wenn auch zweckmässiger Weise einzelne kleine Aenderungen dabei gemacht werden dürften.

Für die Krankenversorgung innerhalb der Schule kommen weiter einige Krankheiten in Betracht, welche, obwohl infectiös, doch in Folge ihrer weiten Ausbreitung und auch ihres chronischen Verlaufes ein Ausschliessen aller daran erkrankten Kinder von der Schule unmöglich machen. Dazu gehört die Granulose. In den meisten Gegenden Deutschlands kommt dieselbe glücklicher Weise so selten vor, dass man sehr wohl die vereinzeltten Fälle von der Schule fern halten und so die Umgebung vor Ansteckung schützen kann; anders aber in manchen westlichen Provinzen Deutschlands, in vielen Theilen Russlands und anderen Ländern. Wenn dort ein hoher Procentsatz der Bevölkerung an Trachom erkrankt ist, würde ein Fernhalten der kranken Kinder von der Schule Schulschluss für lange Zeit bedeuten, ohne aber meist eine Besserung der Epidemie herbeizuführen. Man hat daher — ebenso wie bei der russischen und österreicherischen Armee besondere Trachomabtheilungen mit eigenen Kasernen gebildet wurden — auch eigene Trachomklassen für kranke Schüler vorgeschlagen und gerade in diesem Jahre sollten solche in Ostpreussen geschaffen werden. Eine augenärztliche Behandlung liesse sich zweckmässig im Anschluss an solche Klassen einrichten. In Frankreich herrschte einige Zeit an vielen Orten unter den Schülern epidemisch eine Haarkrankheit (Alopecie — la pèlade), welche weit um sich griff. Auch hier begann man, um einer weiteren Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen, besondere Schulen für die erkrankten Kinder zu reserviren, so in Paris 1894 eine Krankenhausschule Lailler mit 2 Abtheilungen für Kinder mit Tinea tonsdens und mit pèlade und Favus. Dort, wo die Krankheit nicht so ausgebreitet war, dass besondere Schulen oder Klassen eingerichtet werden konnten, wurde eine strenge Trennung der kranken Kinder von den gesunden erzwungen; zugleich mussten die kranken nach dem Vorschlage von Dr. Dubois-Havenith dauernd auch während des Unterrichts eine gut abschliessende Kopfbedeckung tragen.

Abgesehen von solchen vereinzeltten Fällen aber wird man natürlich strengstens daran festhalten müssen, dass sofort bei Beginn einer ansteckenden Krankheit das Schulkind aus der Schule entfernt wird. Dazu aber gehört nothwendig, dass bei den Lehrern ein gewisses Verständniss für die Initialerscheinungen der hauptsächlichsten Krankheiten vorhanden ist, so dass sie schnell genug in der Lage sind, eine Krankheit als solche erkennen und die Zurückweisung der Schüler anordnen zu können. Auch das Bestehen von Schulärzten kann die Lehrer nicht von

1) R. Wehmer, Grundriss der Schulgesundheitspflege etc. 1895. Berlin.

der Nothwendigkeit befreien, bei einer entstehenden Krankheit schnell einzugreifen und das Kind aus der Schule zu weisen. In der Vorrede einer kurzgefassten Anleitung¹⁾, welche in Brüssel seit 1888 den Schulleitern und Lehrern in die Hand gegeben wird, heisst es: *la transmission des maladies contagieuses étant fréquente dans les écoles, et les médecins inspecteurs ne pouvant pas toujours renvoyer assez tôt chez leurs parents les enfants dont la présence est un danger pour leurs condisciples, il est indispensable de mettre les directeurs et les instituteurs à même de reconnaître à leur début l'existence de ces affections.* In dieser kleinen Anleitung werden kurz die Haupterscheinungen, zumal die Anfangssymptome der wesentlichsten Kinderkrankheiten, besprochen: Infectionskrankheiten, Granulose, Epilepsie, Chorea, Convulsionen, Scabies, Favus, Herpes tonsurans, Pélade. In Antwerpen wird den Schulärzten zur Pflicht gemacht, die Lehrer in diesen Dingen zu unterrichten; § 7 ihres Reglements lautet: *les membres du personnel enseignant sont mis en position de reconnaître rapidement les maladies transmissibles, d'abord par la distribution qui leur est faite d'une brochure indiquant les premiers symptômes de ces maladies, ensuite par des conférences que leur donne le médecin-inspecteur.*

In Oesterreich wird durch einen Erlass des Ministers für Kultus und Unterricht die Gesundheitspflege an Lehrer- und Lehrerinnen-Bildungsanstalten zu einem besonderen Lehrgegenstande gemacht; die Berufskrankheiten, Schulkrankheiten, Infectionskrankheiten sollen besprochen werden, dabei soll auch betreffs Behandlung der Schulkrankheiten das für den Lehrer Wichtige gelehrt werden; weiter soll Unterricht ertheilt werden in der ersten Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen.

Bei uns in Deutschland kennen wir Aehnliches nicht, wenn auch neuerdings an einzelnen Orten, in denen Schulärzte angestellt sind, von diesen Gleiches wohl erstrebt wird. Die Ausbildung der Lehrer muss unbedingt allgemein auch auf die Hygiene der Schule — was bisher noch nicht der Fall ist — und auf einige nothwendige medicinische Kenntnisse ausgedehnt werden, wie wir solches auch bereits an anderer Stelle²⁾ ausführten. Daneben müssten Samariterkurse, wie sie heutzutage ja allerorten abgehalten werden, besonders für Lehrer mit Berücksichtigung der für die Schule wichtigen plötzlichen Erkrankungen eingerichtet werden; keine Schule sollte ohne mehrere derartig ausgebildete Lehrer sein; für alle Turnlehrer sollte eine solche Ausbildung obligatorisch sein.

1) Hygiène scolaire. Instructions sommaires sur les premiers symptômes des maladies transmissibles formulées à l'usage du personnel enseignant des écoles communales par le service d'hygiène de la ville Bruxelles 1888.

2) W. Feilchenfeld, Der Arzt in der Schule. S. 666. Samml. klin. Vorträge. Neue Folge. 76. 1893.

Haben wir so gesehen, dass eine gewisse Krankenpflege und Krankenfürsorge bereits in der Schule eine wohl begründete Stätte findet, so werden wir eine solche umso weniger in den Anstalten vermissen dürfen, in denen Schulkinder dauernd internirt sind, wie in Erziehungsanstalten, Kadettenanstalten, Alumnaten, Waisenhäusern, Zwangserziehungsanstalten, Rettungshäusern. In solchen Anstalten soll doch eine grosse Anzahl von Kindern dauernd oder einen grossen Theil ihrer Jugend hindurch einen vollen Ersatz für das Elternhaus finden, und es muss ihnen daher auch bei einer Erkrankung das geboten werden, was eine sorgfältige Pflege in der Familie zu bieten vermag. Die Bestrebungen, kranken Kindern in Internaten eine entsprechende Fürsorge zuzuwenden, sind schon recht alt. In den Ordnungen des alten Pädagogium zu Gandersheim¹⁾ heisst es: *Aegrotantibus pueris communi consilio mature subveniant et apud oeconomum efficiant, ut in nosocomion recepti diligenter ac fideliter curentur, et victus, ligna, medicamenta aliaeque res necessariae ipsis subministrentur ac linteamina eorum et vestes corporis interioris a sordibus ac sudore munde eluantur.* Dass aber doch im Mittelalter in den sehr vielfach bestehenden Alumnaten eine zweckmässige Krankenpflege allgemein durchgeführt war, müssen wir bezweifeln, wenn wir von Burchardt²⁾ hören, dass in der Schule des Franziskaner Klosters zu Magdeburg im Jahre 1565 von 500 Schülern der Prima und Secunda durch die Pest alle bis auf 18 hingerafft wurden, dabei aber „minderte diese traurige Katastrophe den ausgebreiteten Ruf der Anstalt so wenig, dass ihre Frequenz bald wieder bedeutend stieg unter dem gelehrten und berühmten Rollenhagen (1575).“ Uebrigens weiss Burchardt, obwohl er eingehend über eine grosse Anzahl von Erziehungsanstalten und Waisenhäusern aus alter Zeit berichtet, nichts von der Versorgung erkrankter Kinder und dem Bestreben, Krankheiten zu verhüten, zu erzählen. Mehr Verständniss hatte man späterhin für diese Aufgabe. In der ältesten Hausordnung³⁾ des grossen Friedrich-Hospitals und Waisenhauses zu Berlin von 1702 heisst es: bei den Kranken ist ein Medicus und Chirurgus bestellt; und in der Krankenordnung werden diese verpflichtet erachtet, täglich das Haus zu besuchen. „1. Der Chirurg muss die vorkommenden chirurgischen Kuren selbst besorgen und den zu haltenden Gesellen von Zeit zu Zeit instruiren, wie er die Kranken tractiren solle, auch zu dem Ende die Patienten, so oft es nöthig, selbst besuchen und den Verband anordnen. Damit nun alles desto besser in Acht genommen werden könne, so muss

1) *Mon. Germaniae Paedagogica.* R. Kehrbach. Bd. II. Braunschweiger Schulverordnungen von den ältesten Zeiten bis zum Jahre 1282. Von Ferd. Koldewey. 1890.

2) Burchardt, Beiträge zu einer vergleichenden Darstellung der Lehr- und Erziehungsanstalten in der Provinz Sachsen. 1838.

3) Geschichte des grossen Friedrich-Hospitals und Waisenhauses zu Berlin. Weitling. Berlin 1852.

er allemal 2. einen tüchtigen Gesellen im Waisenhouse halten, welcher daselbst schlafe und die Patienten insgesamt, sie mögen innerliche oder äusserliche Schäden haben, täglich 2- oder 3mal besuche, ihren Zustand wohl erwäge und 3. von aller Patienten Zustand alle Morgen, auch nach Beschaffenheit der Umstände des Abends, sowohl dem Arzte als dem Chirurgen Rapport abstatte und von diesem, wie er sich weiter zu verhalten habe, Befehl einhole.“ Das Tagebuch aus den Jahren 1727 und 28 enthält eine genaue Angabe der Zahl sämtlicher Kranken im Hause und zwar Tag für Tag; aber daraus lässt sich kein ganz sicheres Bild des Gesundheitszustandes im Hause gewinnen, da auch von aussen kranke Kinder „ins Haus recipirt“ wurden; durch diesen Umstand wurde der ohnehin selten günstige Gesundheitszustand der Kinder umso mehr gefährdet. Die tägliche Krankenziffer schwankt im Jahre 1727 bei einem Bestande von 500—600 Insassen von 60—134, und es starben in jenem Jahre 49, im Jahre 1728 sogar 102, ohne dass eine besondere Epidemie zur Zeit herrschte. Da die Kinder meist zu zweit in einem Bette schliefen, war die Krätze dauernd heimisch unter ihnen und konnte erst spät völlig ausgerottet werden. Sehr gut kann es demnach um die Krankenfürsorge in jener Zeit trotz der Bestallung von Aerzten in den Waisenhäusern nicht ausgesehen haben. Aehnlich wie hier lautet auch ein Bericht über ein Churfürstlich sächsisches Erziehungshaus¹⁾; dort war 1740 der „Vestungs-medicus“ Dr. Stapel mit einem monatlichen Tractament von 10 Thalern angestellt, und ihm untergeordnet der „mit einer monatlichen Pension von 5 Thalern verabschiedete Regiments Feldscher Heitemann, der bloß freyes Quartier“ erhielt. 1746 wurde ein italienischer Medico-chirurgus angestellt, der im Hause wohnte. Trotz dieser ärztlichen Controle wüthete unter den Zöglingen ausser Blattern und Masern Scorbut und fast alle Hautkrankheiten, besonders aber die Krätze (auch hier schliefen je 2 Kinder in einem Bette). „Diese Seuche (Krätze) nahm immer mehr überhand, lähmte die Glieder der damit behafteten Kinder, bewirkte Blödigkeit der Augen, Auszehrung und Verkrüppelung, und viele wurden dadurch, dass das Uebel zurücktrat, eine frühe Beute des Todes. Vergeblich bemühten sich die Aerzte, jener Pest Einhalt zu thun, vergeblich wurden die damit Angesteckten öfters gebadet und von ihren Kameraden abgesondert, vergeblich benutzte man die Vorschläge anderer Menschenfreunde, immer fanden sich wieder zahlreiche Kinder, die damit behaftet waren. Allein das konnte nicht anders werden, so lange die Hauptquelle jenes Uebels nicht verstopft wurde. Dahin gehörte der erneute Gebrauch der nämlichen, oft gar nicht gehörig gereinigten Kleidungsstücke und Betten, der bey der engen Verbindung nicht ganz zu verhütende Umgang der gesunden und kranken Kinder unter einander — so sorgfältig man anfänglich auch darüber wachte —, der Samen, welchen viele Ankömmlinge mitbrachten und vornehmlich der

¹⁾ Weise, Geschichte des Churfürstlich-sächsischen Erziehungsinstituts für Soldatenkinder. Wittenberg 1803.

Umstand, dass immer zwey und zwey in einem Bette liegen mussten.“ Von ca. 450 Zöglingen starben 1742: 58, 1743: 33, 1744: 22, 1745: 82, meist in Folge von Masern und „Faulfieber“. 1746 wurden besondere Einrichtungen getroffen für die Verpflegung und Heilung der Kranken, die Kinder wurden dabei — nach der Religion getrennt! — in 8 Krankenstuben untergebracht, die allerdings meist nicht ausreichten; mehrere Wärterinnen wurden angestellt, die in kleinen Kammern neben den Krankenzimmern wohnten; eigene Kleidung, Betten und Wäsche wurde für die Krankenstation besorgt und besondere Beköstigung nach Vorschrift des Arztes. In der sogenannten neunten Krankenstube unterrichtete ein Informator die mit Ausschlag Behafteten und hielt dortselbst mit den Kranken Betstunden. Der Arzt hatte die Pflicht, die kranken Kinder 2 mal täglich zu besuchen, wenn nöthig auch Nachts. 1780 wurde für die Anstalt (damals in Annaburg) ein abgesondert gelegenes Krankenhaus mit völlig neuer Ausstattung erbaut. Arzt und Feldscher hatten in demselben Wohnung, ein Badezimmer war vorhanden und 10 Krankenstuben, je 10 Ellen lang und 9 Ellen breit; aber die Zimmer waren sehr feucht und neben dem Hause verpestete ein Graben, der stagnirendes Wasser enthielt, die Luft. Im Monate Junius 1762 ermannte sich ein neu ernannter Anstaltsarzt zu einer energischen Massregel, indem er mit allen Insassen für mehrere Wochen ein „Lager“ bezog, und in dieser Zeit das Haus mit allem Inventar gründlich reinigen liess; das Krankenhaus liess er ganz neu weissen, Ventilatoren und Schieber in den Zimmern anbringen, das Leichenbehältniss aus dem Hause entfernen, und im ganzen Hause für Einzelbetten sorgen, welch' letzteres aber erst bis 1792 durchgeführt war. So wurde eine Besserung der schlimmen Verhältnisse herbeigeführt. Immerhin blieb noch lange die Sterbe- und Krankenziffer eine ziemlich hohe: 1772—81 starben von 3928 Zöglingen 91, 1782—91 von 4676: 56, 1792—1801 von 5269: 73. Der tägliche Krankenbestand schwankte 1782—91 von 55—210, 1792—1801 von 58—223. Der damalige Arzt fügt dem Berichte hinzu: „Eine nicht geringe Zahl der Verstorbenen würde wahrscheinlich noch leben, wenn sie sich in der Zeit auf dem Krankenhause gemeldet hätten. So habe ich selbst in den wenigen Jahren meines Hierseins drey sonst gute Kinder sterben sehen, weil sie ihre Krankheit oder Beschädigung, so lange es ihnen nur möglich war, verheimlicht hatten.“

Besondere Aerzte und geordnete Krankenpflege wurde auch andersorts zu jener Zeit bereits in Waisenhäusern verlangt. In der Ordnung¹⁾ der Realschule im Waisenhaus zu Braunschweig von 1754 heisst es: § 46. Für die Kranken ist nicht nur eine besondere Krankenstube angelegt, sondern auch eine besondere Wärterin angenommen, die ihrer auf's beste pflegt. Das Waisenhaus hat auch seinen besonderen Medicum und chirurgum, die sich der Kranken möglichst annehmen. Ihre mühe

¹⁾ Mon. German. paedagog. Bd. I. Schulordnungen der Stadt Braunschweig. Koldewey. 1886.

aber muss so wie die verbrauchte arznei besonders bezahlt werden. § 47. Für die gesundheit der anvertrauten wird überhaupt möglichst gesorgt und dahin gesehen, dass es ihnen an der noethigen recreation und leibesbewegung nicht fehle. Man wird auch noch mehr dafür sorgen, und da es im winter nicht immer möglich ist, spatzieren zu gehen, dies durchs dreheln und andere arten der bewegung zu ersetzen suchen.“

Doch nicht überall wurde damals und auch später eine solche Sorgfalt für die kranken Zöglinge von Waisenhäusern für nöthig gehalten. Im Hamburger Waisenhaus herrschte über Krankenpflege eine merkwürdige Anschauung¹⁾: „So oft den Kindern jener Mangel oder Affection des Leibes begegnet, ob dasselbe äusserlich ist, also dass ihnen die Füsse oder Hände ausgefroren oder sie gefallen oder sich eine Beule oder wund gestossen haben, soll man ihnen binnen Hauses helfen und nach ihrer Nothdurft ein Pflaster oder Verband zurichten lassen, und dasselbige neben anderen Requisiten in einem besonderen dazu verordneten Schrank verwahren, daher der Paedagogus, welcher des Gebrauchs läufig sein soll, nehmen kann, was zu dem Schaden zu appliciren noethig. Es soll auch in selbigem Schrank ein Buch zur Hand liegen, worinn verzeichnet ist, wie man das eine oder andere gebrauchen soll, gleichergestalt soll die Meisterin erkennen lernen, ob die Kinder Würmer haben und dieweil diese Kur durch Zedewes-Saert leichtlich fortgeht und der Mangel weggenommen werden kann, soll sie dazu bestellt sein, dass sie das Ihre hierin verrichte und gebe den Kindern ein nach solcher Quantität auch nach Art und Weise, wie die Doctores das ordnen. Sobald die Kinder sonst von inwendig krank befunden werden, soll man dieselbigen aus dem Winde halten und lasse sie in der Kranken Kammer, in der Wärme bleiben und melde es den Jahrverwaltern an. Dieselbigen sollen das kranke Kind ein oder mehr besichtigen und wenn sie die Nothdurft zu sein befinden, so sollen die Jahrverwalter den jüngsten Medicinæ Doctorem ersuchen und von ihm begehren lassen, dass er um Gottes und christlicher Liebe willen die Krankheit erkundige und Recepte dagegen ordinire. Sie sollen nach Anordnung des Doctoris gespeiset und gehalten werden; des Tages soll jemand der ältesten der Kinder bey dem Kranken sein, des Nachts die eine Magd um die andere; hält die Krankheit lange an, so muss man eine eigne Person dazu anstellen“.

Bessere Verhältnisse finden wir in den gut dotirten Fürstenschulen und besonders in den trefflich eingerichteten Franke'schen Stiftungen in Halle²⁾. Hier wurde bereits 1721 im Garten ein massives, 2 Stockwerk hohes, 48 Fuss langes, 33 $\frac{1}{2}$ Fuss breites Krankenhaus errichtet. Das Erdgeschoss wurde, um Feuchtigkeit in den Zimmern zu vermeiden,

¹⁾ Das Hamburger Waisenhaus 1821. M. Günther Kühn.

²⁾ a) Beschreibung des Halleschen Waisenhauses und der übrigen damit verbundenen Franke'schen Stiftungen. 1799 Halle.

b) Die Stiftungen August Hermann Franke's in Halle 1863.

sehr hoch über dem Boden angelegt und tief unterkellert. Eine Wohnung für den Arzt war im Hause, für den Hilfsarzt und den Krankenwärter, 4 Krankenzimmer und 2 Dachkammern, von denen eine die „Tollstube“ war. 1820 wurde ein Anbau ausgeführt mit einer abgesonderten Stube für erkrankte Lehrer und einem Badezimmer. Auch in besseren Privat-erziehungsanstalten trug man schon früh für eine zweckmässige Krankenpflege an einzelnen Orten Sorge; in der Cauer'schen¹⁾ Anstalt in Charlottenburg war für Krankheitsfälle bei einem Bestande von 60 Zöglingen ein Zimmer eingerichtet, das mit dem Locale, welches die Zöglinge bewohnten, in keiner unmittelbaren Verbindung stand und der Wohnung der Lehrer nahe lag, welche die besondere Pflege für die Kranken übernommen hatten. „Wenn wir auch nur selten in den Fall kommen, von demselben Gebrauch zu machen, so ist es doch zweckmässig, selbst bei leichteren Unpässlichkeiten den Zöglingen einen bequemen Aufenthalt darbieten zu können“. 2 Hausärzte waren für die Anstalt angestellt.

Eine besondere Stellung nahmen von jeher die Kadettenanstalten und auch die meisten Militärwaisenhäuser ein, welche auch in der Krankenpflege eine den militärischen Einrichtungen entsprechende Krankenversorgung aufweisen. Die frühesten Nachrichten entstammen einem Berichte²⁾ über die Magdeburger Kadettenkompagnie vom 5. April 1762. Je 3 oder 4 Kadetten bewohnten in der Citadelle ein Zimmer; diese lagen zum Theil in feuchten Gewölben; der Aufenthalt in denselben veranlasste Krankheiten; Pocken, Masern und andere Krankheiten herrschten so stark, dass zeitweise nur 45 Mann unter das Gewehr traten; 12 Perücken mussten besorgt werden, da die Krankgewesenen ihre Haare verloren. Im Berliner Kadettenhause bestand bereits 1717 eine eigene Krankenstube, 1741 wird ein Feldscherer als zum Personal gehörig aufgeführt, 1786 werden bereits 3 Aerzte und 2 Lazarethwärter bei 260 Kadetten angegeben. In dem grossen Militärwaisenhause zu Potsdam³⁾ bestand seit 1827 eine Krankenstube, daneben wurden besondere Krankenzimmer für Augen- und Ausschlagskranke eingerichtet; eine Krankenschwester war zur Pflege dortselbst stationirt; ein Hausarzt hatte die Behandlung; die Sterblichkeit war eine recht grosse, es starben von 1825 bis 1874 260 Kinder, d. i. jährlich $5,2 = 0,65$ pCt. der Gesamtzahl. In der Militärakademie zu München⁴⁾ wurde 1790 „ein Medicus bestellt, welcher sich, wenn kein Kranker da war, wöchentlich 2mal in der Akademie einstellte und nach dem Befinden der Zöglinge zu sehen hatte,

1) Bericht über die Cauer'sche Erziehungsanstalt zu Charlottenburg-Berlin von Ludwig Cauer. Berlin 1828.

2) Mon. German. paedagogic. Bd. XIII. Geschichte des Militärerziehungs- und Bildungswesens Preussens. Bosse.

3) D. Kgl. Potsdamsche Waisenhaus in d. Jahren von 1824—1874. Berlin 1874.

4) Mon. German. paedagogic. v. Karl Kehrnbach. Bd. X. Geschichte des Militärerziehungs- und Bildungswesens in den Landen deutscher Zunge. Von Oberst B. Poten. 1889.

wobei er das Aussehen derselben zu Rathe ziehen muss, welches oft gewisse Fehler und höchst gefährliche Gewohnheiten auch wider Willen der damit behafteten entdeckt.“ 1806 wird im bayerischen Kadettenkorps ein Krankenaufseher erwähnt, der auch das Kämmen, Fussbaden, Nagelschneiden und Zahnputzen zu überwachen hat. 1810 wurde die Behandlung durch einen Zahnarzt eingeführt. 1840 tritt an Stelle des Krankenaufsehers, eines gewöhnlichen Baders, ein militärärztlicher Praktikant, 1844 ein Unterarzt, welchem gleichzeitig Wohnung in der Nähe der Kranken angewiesen wurde; ausserdem besteht immer schon ein ordinirender Arzt. 1854 wohnten bereits ein Arzt, ein Chirurg und der Assistenzarzt im Hause. Zur Zeit ist die Krankenpflege in den Kadettenanstalten in derselben Weise wie bei der Armee geregelt; es wird unterschieden zwischen Revierkranken und Lazarethkranken. Die Friedenssanitätsordnung sagt darüber: „§ 36. Für die Hauptkadettenanstalt Lichterfelde und die Provinzialkadettenanstalten regelt sich der Dienst des Oberstabsarztes und der Stabsärzte, sowie der den Anstalten zugeheilten Assistenzärzte nach den in dieser Beziehung bestehenden besonderen Bestimmungen (eine Heranziehung der genannten Sanitätsofficiere zu anderem Dienste darf nur nach vorheriger Einverständniserklärung des Kommandos der betreffenden Anstalt erfolgen). § 40. Beim grossen Militärwaisenhaus in Potsdam und Schloss Pretzsch ist bezüglich des Sanitätsdienstes vertragsmässiges Abkommen mit Aerzten getroffen.“ Die „besonderen Bestimmungen“ sind nirgends veröffentlicht und auch nicht zugänglich; ebensowenig werden im Sanitätsbericht über die preussische Armee die Gesundheitsverhältnisse in den Kadettenanstalten erwähnt; in dem bayrischen Berichte dagegen finden sich einige Zahlen; allerdings ist genaues auch aus ihnen nicht zu ersehen, da die einzelnen Krankheiten der Kadetten mit denen der Soldaten des I. Armeecorps zusammengestellt sind. 1890/91 betrug bei einer Iststärke von 196 Kadetten der Zuzug im Lazareth 215, im Revier 6, im Lazareth und Revier 4, davon wurden geheilt 217, Abgang 8; und zwar waren dazu erforderlich 1499 Behandlungstage im Lazareth, 96 im Revier.

Die Krankenversorgung in den zur Zeit bestehenden Internaten und Waisenhäusern ist fast ganz den Leitern der betreffenden Anstalten überlassen und daher auch in sehr verschiedener Weise geregelt; während an manchen Stellen die Fürsorge für erkrankte Zöglinge eine recht primitive ist, finden wir sie an anderen Orten in trefflicher Weise durchgeführt. Zu den bestversorgten Anstalten können wir eine Anzahl der englischen Alumnae rechnen, die allerdings über sehr grosse Mittel verfügen, wie z. B. die Rugby School in London, die seit 24 Jahren an Dr. Clement Dukes einen sorgsamen, ärztlichen Berater hat, der sich um die Schulhygiene und Krankenfürsorge in den Anstalten ein grosses Verdienst erworben hat. Dieses Internat besitzt bei einer Belagzahl von 400 Schülern ein grosses Krankenhaus mit allem modernen Comfort; ähnlich gut sind die Franke'schen Stiftungen in Halle versorgt, die k. k. Theresianische Akademie in Wien, das Rummelsburger Waisen-

Anstalt.	Anzahl der Zöglinge.	Eigenes Krankenhaus.	Krankenzimmer.	Isolirzimmer.
1. Rugby School, London.	400	Ja mit eigenem Dampfdesinfectionsapparat.	—	—
2. Eton College, Windsor.	—	Ja.	—	—
3. Stoy'sche Erziehungsanstalt in Jena.	60—70	Ja.	—	—
4. Convict d. Josephinum in Hildesheim.	50	—	—	—
5. Paedagogium zu Puttbus.	—	Ja*	—	—
6. Alumnat der Fürstenschule St. Afra in Meissen.	130	Ja*	—	—
7. Klosterschule Rossleben.	75	Ja*	—	—
8. Alumnat der Kreuzschule zu Dresden.	32	—	1 Zimmer.	1
9. Alumnat der Samsonschule in Wolfenbüttel.	100—110	—	5 Zimmer, ausserdem 1 für leichte Fälle neben dem Wohnzimmer.	Ja
10. Privaterziehungsanstalt Zug.	—	—	Ja.	—
11. Ehrlich's Stift in Dresden.	—	—	2 mit je 2 Betten.	—
12. Alumnat am Joachimsthaler Gymnasium in Berlin.	150	Ja*	—	—
13. K. K. Theresianische Akademie in Wien.	309	Ja*	—	—
14. Woltersdorfsches Institut (in Ballenstedt i. H.).	64	—	3	—
15. Jagetenfelsches Kolleg (Aluminat) in Stettin.	24	—	1	1
16. Paedagogium zu Ostrau (Ostrowo) bei Filehne.	200	Ja*	—	—

Verbindung mit einem Krankenhause.	Arzt.	Pflegepersonal.	
—	Anstaltsarzt wohnt im Hause mit besonderen Assistenten.	Dauernd vorhanden.	
—	Anstaltsarzt i. Hause.	Dauernd vorhanden.	
Ja, für Specialfälle.	Anstaltsarzt.	Nur für schwere Fälle wird eine Pflegerin genommen.	
—	Hausarzt, d. dauernd, die Ueberwachung des Gesundheitszustandes besorgt.	—	
—	Anstaltsarzt.	Dauernd vorhanden.	* 7 Zimmer und Küche, darunter 4 Krankenzimmer, 1 Badezimmer, 1 Wohnung für die Pflegerin.
—	Landesschularzt und ein zweiter Arzt als Vertreter.	Dauernd vorhanden.	* 4 Krankenzimmer mit 11 Betten, 1 Ordinationszimmer, 1 Badezimmer.
—	Anstaltsarzt täglich $\frac{1}{2}$ 7 Sprechstunde in der Anstalt.	Dauernd vorhanden.	* 5 Zimmer mit 10 Betten, Dampfdesinfectionsapparat.
Ja bei schweren Fällen u. Infectionsgefahr.	Anstaltsarzt u. Zahnarzt.	Frau d. Schuldieners, vom nächsten Jahre an des Hausmeisters, die dazu in einem Krankenhause ausgebildet werden soll.	
—	Anstaltsarzt 2 mal wöchentlich Sprechstunde in der Anstalt.	Hausvater und Hausmutter mit Unterpersonal, bei schweren Fällen Krankenpflegerin zugezogen.	
—	—	—	
—	—	—	
—	Anstaltsarzt, täglich Sprechstunde in der Anstalt.	Krankenpfleger im Hause.	* 4 Zimmer mit 16 Betten, eines mit 4 Betten ganz abgedindert für Infectionskrankheiten.
—	1 Chefarzt, 2 Hausärzte, von denen einer dauernd im Hause. Jeden Morgen Sprechstunde.	—	* 12 Zimmer mit 74 Betten.
Ja bei schweren Fällen u. Ansteckungsgefahr.	2 Anstaltsärzte.	Nach Bedarf Diakonissin.	
do.	Armenarzt d. Bezirkes u. Augenarzt.	Hauswart und dessen Frau.	
—	2 Anstaltsärzte.	Dauernd vorhanden.	* 14 Isolirzimmer, 1 Speisezimmer, Wohnung f. Pflegepersonal.

Anstalt.	Anzahl der Zöglinge.	Eigenes Krankenhaus.	Kranken- zimmer.	Isolir- zimmer.
17. Paedagogium zum Kloster Unser lieben Frauen Magdeburg.	72	Ja, aber nur als „Contagiumhaus“ 2 Zimmer.	3	—
18. Königl. Studienseminar Amberg.	126	—	2	—
19. Erzbischöfl. Klericalseminar Freising.	160	—	3 mit 12 Betten.	Ja
20. Ernestinisches Klericalseminar Bamberg.	120—130	—	2 mit 8 Betten*	—
21. v. Dyhern - Czetoritzsches Rettungshaus Nieder-Hermsdorf.	200	—	2	Ja
22. Rettungshaus Breitenhain Ober-Weistritz.	—	—	0	—
23. Rettungsanstalt Beisenhaus-Rengshausen.	32	—	1	1
24. Knabenrettungshaus Züllichow.	130 (1896: 100)	—	2	Ja
25. Elisabethstiftung Riekow (Gr. Tychow).	52 (1897: 36)	—	1 mit 5 Betten.	„
26. Städt. Erziehungshaus Klein-Beeren (Berlin).	—	—	1	„
27. Elisabethstift Pankow (Berlin).	—	—	—	„
28. Rettungshaus Stralsund.	30—40	—	Ja	„
29. Martinstift b. Flensburg.	50	—	—	—
30. Eckartshaus bei Eckartsberge.	80—100	—	2	Ja
31. Kgl. Zwangserziehungsanstalt Wabern.	180	Ja*	—	—
32. Provinzialerziehungsanstalt Tempelburg.	239	—	1	1
33. Kgl. Erziehungsanstalt Conradshammer b. Oliva.	80	—	1 mit 4 Betten.	Ja
34. Kgl. Erziehungsanstalt Steinfeld (Stift).	261	Ja*	—	—
35. Erziehungsanstalt d. Hilfsvereins f. städt. Armenpflege. Königsberg O.-P.	66	—	0	0
36. III. Deutsches Reichswaisenhaus Schwabach.	44	—	1 mit 4 Betten.	—
37. Pfarrwaisenhaus Windsbach.	80	Ja, nur für Infektionskrankheiten.	2	—

Verbindung mit einem Krankenhause.	Arzt.	Pflegerpersonal.	
—	1 Klosterarzt, 1 Zahnarzt.	Nach Bedarf zugezogen.	
Ja bei schweren Fällen u. Ansteckungsgefahr.	Hausarzt.	Hausdiener.	
—	Hausarzt.	Bei Bedarf werden Schwestern zugezogen.	
do.	Hausarzt.	Ja. Klosterfrauen.	* 17 Zöglinge haben Einzelzimmer, welche als Krankenzimmer verwandt werden können.
—	Hausarzt.	Nach Bedarf graue Schwestern zugezogen.	
—	0	0	
—	Anstaltsarzt in dem 2 Stunden entfernten Orte.	Gehilfe der Anstalt.	
do.	Ein benachbarter Arzt wird zugezogen.	Hausmutter und ein Erzieher.	
do.	Arzt (1/2 Meile entfernt) bei Bedarf zugezogen.	1 Hausvater, bei Bedarf die Kreisdiakonissin.	
do.	Hausarzt.	Bei Bedarf Pflegerin.	
—	—	—	
—	Hausarzt.	Hausvater als Krankenpfleger ausgebildet.	
—	0	—	
—	Anstaltsarzt.	Bei Bedarf zugezogen.	
—	Hausarzt.	Gepürfter Oberlazarethgehilfe im Hause.	* 12 Betten und 3 Isolirräume mit je 3—4 Betten.
do.	Hausarzt, der einwöchentlich revidirt, sonst nur bei Bedarf zugezogen.	Hausvater.	
do.	Anstaltsarzt.	Beamter, d. Lazarethgehilfe war.	
—	Hausarzt täglich in der Anstalt.	Ober-Lazarethgehilfe im Hause.	* 3 Zimmer mit 11 Betten.
do.	Hausarzt im Ehrenamt.	—	
do.	Hausarzt nur bei Erkrankungen.	Nein.	
do.	Bei Erkrankungen wird ein Arzt zugezogen.	Hausmutter und 1 Gehilfe, bei Bedarf Diakonissin.	

Anstalt.	Anzahl der Zöglinge.	Eigenes Krankenhaus.	Kranken-zimmer.	Isolir-zimmer.
38. Waisenhaus Königsberg O.-Pr.	—	—	Ja	Ja
39. Israelitisch. Waisenhaus Dinstaken.	28	—	1	1
40. Israelitisch. Waisenhaus Fürth.	—	—	0	0
41. Israelit. Waisenanstalt Wilhelmspflege. Esslingen.	—	—	2	Ja
42. Israelit. Waisenanstalt Breslau.	60	—	2	"
43. Deutsch - Israelitisches Kinderheim Dietz a. L.	—	—	1	"
44. Auerbach'sches Waisenhaus. Berlin.	78	Ja	—	"
45. Reichenheim'sches Waisenhaus. Berlin.	79	—	0	"
46. Rummelsburger Waisenhaus.	—	Ja	—	—
47. Israelitisch. Waisenhaus. Hamburg.	20	—	1 mit 3 Betten*	Ja
48. Knabenrettungshaus Cöthen bei Falkenberg (O.-Mark.)	24—26	—	1	—

haus, die kgl. Waisen- und Schulanstalt von Bunzlau¹⁾, die Klosterschule Rossleben, das Alumnat der Fürstenschule St. Afra in Meissen, das Pädagogium zu Putbus, und zu Ostrau bei Filehne, einige der grösseren Zwangserziehungsanstalten und andere mehr. Die Mehrzahl der in Frage stehenden Anstalten hat ein oder mehrere besondere Krankenzimmer, meist darunter ein Isolirzimmer für auf Infectionskrankheiten verdächtige Kinder; fast alle Anstalten haben das Bestreben, alle schwer erkrankten Kinder und alle Infectionskranke möglichst schnell in ein benachbartes Krankenhaus zu schaffen. Die ärztliche Aufsicht ist in den allermeisten Instituten derart geregelt, dass ein bestimmter Arzt als Hausarzt angestellt ist, und bei allen Erkrankungsfällen sofort zugezogen wird; in einigen Anstalten wird von Fall zu Fall ein benachbarter Arzt zur Behandlung eines etwa erkrankten Kindes geholt. Nur in sehr wenigen Anstalten wohnt ein Arzt dauernd als wirklicher Institutsarzt; aber häufig ist doch der ärztliche Dienst in den grösseren Anstalten derart geregelt, dass der Hausarzt täglich oder mehrmals in der Woche zu bestimmten Zeiten Sprechstunden im Institute abhält und regelmässig alle

¹⁾ Ministerialber. f. d. gesamt. innere Verwaltung in d. Kgl. Preuss. Staate. 1885. S. 148 ff.

Verbindung mit einem Krankenhause.	Arzt.	Pflegepersonal.	
Ja bei schweren Fällen u. Ansteckungsgefahr.	2 Anstaltsärzte u. Specialarzt nach Bedarf.	—	
—	Hausarzt.	Das Hauspersonal.	
do.	—	0	
—	Hausarzt, bei Bedarf Specialarzt.	Krankenschwestern b. Bedarf.	
do.	Hausarzt.	—	
do.	2 Hausärzte.	do.	
do.	Hausarzt.	—	
do.	Hausarzt und Specialarzt.	—	
—	Anstaltsarzt wohnt im Hause.	—	
do.	Hausarzt.	—	
—	Arzt bei Krankheiten zugezogen.	—	

* Meist nur als Beobachtungs-Station.

Kinder besichtigt; für besondere Erkrankungen werden bestimmte Specialärzte zugezogen; auch für zahnärztliche Behandlung ist vielfach gesorgt. Die Wartung der kranken Kinder wird in einigen Anstalten durch geprüfte Krankenpfleger (meist frühere Lazarethgehilfen) und Krankenpflegerinnen besorgt, die dauernd angestellt sind; häufig aber wird die Pflege dem gewöhnlichen Personale überlassen; in einzelnen Häusern werden je nach Bedarf geprüfte Krankenpfleger oder Schwestern zugezogen. Während die Hauptzahl der in Deutschland bestehenden Erziehungsanstalten und Waisenhäuser in der geschilderten Weise für ihre erkrankten Zöglinge sorgt, giebt es doch noch eine ganze Anzahl von Häusern, in denen in keiner Weise für Krankenpflege dauernde Einrichtungen getroffen sind. Zur Beleuchtung des Ausgeführten mag vorstehende Uebersichtstabelle dienen über einige Anstalten, über die ich Näheres erfahren konnte.

Gesetzlich geregelt ist die Krankenpflege in Bayern durch einen Ministerialerlass vom 12. Februar 1874¹⁾: An sämtliche Kgl. Regierungen, Kammern des Inneren, die erzbischöflichen und bischöflichen

¹⁾ Ministerialblatt für kirchliche und Schulangelegenheiten im Königreich Bayern. München 1874. No. 8.

Ordinariate, die Kgl. Bezirksämter und unmittelbare Stadtmagistrate, dann die Vorstände der öffentlichen und privaten Erziehungsanstalten des Königsreichs:

Generelle Bestimmungen über die Einrichtung der öffentlichen und privaten Erziehungsanstalten (Alumneen, Seminarien, Pensionate) mit besonderer Rücksichtnahme auf die Gesundheitspflege.

§ 4. Ein Institutsgebäude soll je nach der Zahl der Zöglinge und den besonderen Institutszwecken enthalten Betsäle, Studirsäle, Speisesäle, Schlafsäle, Turn- oder Spielsäle, Garten und Spielplätze im Freien, Musikübungs- und Instructionszimmer, Krankenzimmer, Sprech- oder Besuchszimmer, Badekabinete, Wirthschaftslocalitäten, Aborte, alle diese Räumlichkeiten in einer den Verhältnissen des Instituts entsprechenden Zahl und Grösse.

§ 33. VIII. Krankenzimmer. Krankenzimmer sollen von den übrigen Räumlichkeiten möglichst isolirt und in entsprechender Anzahl vorhanden sein. Das einzelne Krankenzimmer soll nicht mehr als 4 Betten, diese einen Luftraum von 28 cbm für jedes Bett enthalten. Zwischen je 2 Krankenzimmern muss sich ein Wärterzimmer befinden.

Die einzelnen Zimmer sollen in Nothfällen gegenseitig isolirt werden können. Auf je 10 Zöglinge soll ein Krankenbett vorgesehen sein.

Bei den Krankenzimmern soll sich ein eigener, nur für die Kranken zugänglicher Abort befinden, welcher regelmässig täglich mehrmals genau zu reinigen und zu desinficiren ist.

Im Uebrigen sind die Krankenzimmer nach den Anordnungen des Hausarztes beziehungsweise des Amtsarztes einzurichten.

Wo entsprechende Localitäten für eine angemessene Zahl hinreichend grosser und gut eingerichteter Krankenzimmer nicht zu beschaffen sind, empfiehlt sich der Abschluss eines Vertrages, wonach nur leicht erkrankte Zöglinge im Hause verpflegt, schwer erkrankte aber in die Krankenanstalten der Gemeinde verbracht werden.

§ 50. Dem Instituts- und Seminarvorstande wird zur besonderen Pflicht gemacht, in allen die Gesundheitspflege berührenden Fragen nur nach dem gutachtlichen Rathe der Hausärzte und eventuell des Amtsarztes vorzugehen und deren Weisungen gewissenhaft zu beachten. —

Wir sehen hier ein gewisses Mindestmaass festgesetzt, das aber durch die Rücksichtnahme auf eventuellen Platzmangel noch wesentlich eingeschränkt oder sogar ganz aufgehoben wird.

In Preussen wird von den Behörden — neuerdings nach allerhöchstem Erlasse vom 12. Mai 1897 von den Oberpräsidenten — die Art der Krankenpflege nur in den Zwangserziehungsanstalten durch bestimmte Hausordnungen festgestellt. Eine solche lautet z. B. für Schubin¹⁾: § 30. Erkrankten Zöglinge in der Anstalt, so sind dieselben dem Arzte

¹⁾ Hausord. f. d. Provinzialzwangsetziehungsanstalt z. Schubin. Posen 1889.

vorzustellen. Bei bedenklichen Fällen und Unglücksfällen ist derselbe sofort in die Anstalt zu holen. Ob und wie lange ein Zögling als Kranker zu behandeln, ist in diesem Falle durch den Arzt zu bestimmen. Derselbe entscheidet auch über die Art der Behandlung der Kranken in medicinischer und diätetischer Beziehung. Soweit nicht aus diesen Rücksichten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften über die Behandlung der Zöglinge nothwendig werden, bleiben die letzteren auch für die Kranken geltend, weshalb in disciplinärer Beziehung dieselbe Strenge zu beobachten ist. Soweit der Zustand des Kranken eine Beschäftigung zulässt, soll darauf Bedacht genommen werden, ihm eine solche zuzuweisen.

Um der Forderung, allgemein eine gesetzliche Regelung der Krankenpflege in den hierhergehörigen Instituten einzuführen, vermehrtes Gewicht zu geben, wäre es dringend nothwendig, eine genaue Krankenstatistik aus allen Anstalten zu erhalten. Leider ist dieses aber zur Zeit nicht möglich, da nur in wenigen ein Krankenjournal regelmässig geführt wird, und die Anstaltsleiter — auch wo pecuniäre Interessen völlig ausgeschlossen sind — ein natürliches Interesse daran haben, ihre Institute in sanitärer Hinsicht möglichst günstig erscheinen zu lassen. In den Anstaltsberichten, die in die Oeffentlichkeit gelangen, wird daher der Gesundheitszustand der Zöglinge meist auch nur mit wenigen Worten im Allgemeinen und zwar gewöhnlich als „ein befriedigender“ bezeichnet. Bei einer Rundfrage an eine grosse Anzahl der in Deutschland bestehenden Alummate, Waisenhäuser, Zwangserziehungs- und Rettungsanstalten wurden dementsprechend auch nur von sehr wenigen einigermaßen genaue Angaben gemacht. Obwohl somit ein klares Bild über die Krankbewegung in den Anstalten nicht gegeben werden kann, sollen dennoch einige der zugänglichen Zahlen aufgeführt werden.

In dem Alummate am Kgl. Joachimthal'schen Gymnasium zu Berlin war nach einem Berichte des Gymnasialdirectors Herrn Dr. Bach die Erkrankungsziffer bei einer ungefähr gleichen Zöglingzahl von ca. 150 während der letzten 10 Jahre:

1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
228	218	207	148	211	206	229	104	151	116

Der Procentsatz der einzelnen Erkrankungen war also im Durchschnitt 121 pCt.

Ueber die Krankbewegung in dem zur Landes- und Fürstenschule St. Afra in Meissen gehörigen Alummate berichtet der Kgl. Bezirks- und Landesschularzt Herr Dr. Erler:

	1891	1892	1893	1894	1895	1896
1. Anzahl der Kranken	83	89	96	80	51	77
2. Procentverhältniss zur Anzahl der Alumnen	65,3	68,4	73,0	61,5	39,2	59,2
3. Verpflegungstage	371	364	422	308	267	274
4. Durchschnittliche Verpflegungsdauer in Tagen	4,3	4,0	4,4	3,8	5,2	3,5

Aus der Tabelle ist nicht ersichtlich, ob jede einzelne Erkrankung oder jeder Zögling nur einmal als erkrankt gezählt wird. Die Anzahl der Alumnen beträgt 130. Von Infectionskrankheiten kamen in den letzten 6 Jahren vor: 2 Rose, 4 Masern, 4 Scharlach, 1 Diphtherie, 1 Typhus.

Ueber die von 75 Internen bewohnte Klosterschule Rossleben berichtet der Gymnasialdirector Herr Professor Dr. Heilmann, dass die Krankenstatistik ein klares Bild nicht ergebe, da z. B. 1896 480 Erkrankungen vorkamen, 1897 bis Juli nur 70. „Die Erkrankungen waren alle leichter Art und von kurzer Dauer: Verletzungen (meist beim Spiel), Erkrankungen der Respirationsorgane, Angina follicularis, Influenza, Masern, Windpocken, sog. Ziegenpeter. Die Schüler stehen im 11. bis 20. Lebensjahre.“

In dem Alumnate, das mit der Samsonschule in Wolfenbüttel verbunden ist, erkrankten bei einem Bestande von 100—110 Zöglingen im Alter von 9—19 Jahren jährlich ca. 30 pCt. an Erkältungen, Halsaffectionen, Mandelentzündungen fast ausschliesslich leichter Art, von schweren Erkrankungen kamen in den letzten 3 Jahren vor: 1 Rippenfellentzündung, 1 Herzerweiterung, 1 Gelenkrheumatismus, 2 Gelbsucht, 2 Lungenentzündung, 1 Scharlachfieber.

Im Studienseminar Amberg, das allerdings meist ältere Insassen hat, werden durchschnittlich unter 126 Internen 20—25 Kranke jährlich beobachtet.

Dukes¹⁾ giebt zwar keine genauen Zahlen über alle Erkrankungen der Zöglinge in der Rugby School, doch dafür um so genauere über das Vorkommen von Infectionskrankheiten während des Zeitraumes von April 1871 bis November 1893 (Anzahl der Zöglinge 400).

	Totalsumme	Durchschnittssumme im Jahre	Procentzahl im Jahre
Influenza (in 4 Jahren) . . .	317	13,8	3,45
Masern	317	13,8	3,45
Rötheln	275	12,0	3,0
Mumps	196	8,52	2,13
Frieseln	71	3,08	0,77
Scharlach	59	2,56	0,64
Keuchhusten	18	0,78	0,19
Typhus	4	0,17	0,04
Diphtherie	3	0,13	0,03
Erysipel des Gesichts und Kopfes	1	0,04	0,01
Summe (dazu 18 Ringworm)	1208	52,52	13,13

Von Waisenhäusern wird aus dem Hamburger Israelitischen Knabenwaisenhaus eine Erkrankungsziffer von 60 pro anno bei 20 Zöglingen berichtet.

¹⁾ Health at school by Clement Dukes. London 1894. p. 388.

Im III. Deutschen Reichswaisenhaus zu Schwabach erkrankten bei einer Durchschnittszahl von 44 Waisen:

1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896
13	15	17	29	30	28	13	8	4	15	11

also durchschnittlich pro Jahr 17,5 oder 39,77 pCt.

Im Pfarrwaisenhaus Windsbach, in dem 80 Zöglinge untergebracht sind, wird zwar eine Krankenstatistik nicht geführt, aber der Herr Inspector Haffner berichtet, dass „seit Februar 1883 einmal Diphtherie auftrat, 3mal Masern epidemisch mit einer durchschnittlichen Erkrankungsziffer von 30 pCt., 1mal Scharlach mit 25 pCt. Erkrankungen.“ Seit 1888 traten zahlreiche influenzaähnliche Erkrankungen auf.

Aus dem Reichenheim'schen Waisenhaus in Berlin¹⁾ wurden 1895/96 von 79 Zöglingen 25 27mal in das Krankenhaus überführt, und zwar 22mal wegen einer ansteckenden Krankheit, ausserdem wurden einige zu Hause bei leichten Erkrankungen behandelt; 1894/95 wurden bei gleichem Bestande 31 Kinder in das Krankenhaus gesandt.

In der Erziehungsanstalt des Hilfsvereins für städtische Armenpflege in Königsberg (O.-Pr.) sind bei 66 Zöglingen

1894	1895	1896	1897 bis Juli
14	12	4	3
21,2 pCt.	18,2 pCt.	6,1 pCt.	—

behandelt worden, wobei Auftreten der granulösen Augenentzündung den höheren Procentsatz in den beiden ersten Jahren bedingte.

In dem Knabenerziehungshaus Zülchow werden bei 100 Zöglingen im Jahre 1896 22 Kranke gemeldet.

In der kgl. Erziehungsanstalt Conradshammer bei Oliva betrug die Zahl der Erkrankungen:

	1893/94	1894/95	1895/96	1896/97
Durchschnittliche Anzahl der Zöglinge	71	61	57	45
Erkrankungsziffer	49	19	17	28
davon leicht	49	17	17	27

Das ergibt durchschnittlich 48,29 pCt. Erkrankungen.

Für die kgl. Erziehungsanstalt in Steinfeld bei Urf gelten folgende Zahlen für 1896/97. Bei einer Kopfstärke von 261 Zöglingen erkrankten 72 mit 1116 Verpflegungstagen, 55 sind geheilt, 3 gebessert, 5 ungebessert in eine Klinik entlassen; 1 Kind starb, 8 blieben in Behandlung. Der Procentsatz der Erkrankungen beträgt also 27,59; meist waren es leichtere Erkrankungen, wobei besonders hervorgehoben wird, dass 40 pCt. der Eingelieferten Zeichen von Scrophulose an sich hatten.

Aus der kgl. Erziehungsanstalt zu Wabern liegen folgende Zahlen vor bei einer normalen Belegungsziffer 180:

¹⁾ Bericht vom Waisenhausdirector Dr. Jutrosinski 1895 und 1896.

	1893/94	1894/95	1895/96	1896/97
Lazarethkranke	118	110	138	150
Revierkranke (ambulatorisch behandelte)	127	137	149	208

also durchschnittlich 284,25 pro anno oder 157,90 pCt.

Aus der Provinzial-Zwangs-Erziehungsanstalt in Tempelburg bei Danzig wird berichtet:

	1891	1892	1893	1894	1895
Durchschnittliche Zahl der Zöglinge	237	230	251	252	228
Anzahl der Erkrankten	65	28	29	13	19

Das sind 12,85 pCt., wobei allerdings nur ernstere Erkrankungen gezählt wurden.

Aus Russland berichtet Menger¹⁾, dass 1894 in russischen Gefängnissen 42164 Kinder untergebracht waren, von denen 5180 krank waren, und zwar an 94621 Tagen, d. i. 12,3 pCt. Kranke mit durchschnittlich 18,3 Krankentagen.

Wir sehen aus den angeführten Zahlen, in wie weiten Grenzen die Angaben schwanken; es liegt das zum grossen Theil an der verschiedenen Art der Krankenaufstellung; während das eine Mal jede auch geringe körperliche Störung verzeichnet wird, werden in anderen Anstalten nur ernstere Erkrankungen aufgeführt. Weiter kommen auch die verschiedenen hygienischen Bedingungen in den Anstalten selbst in Betracht, so berichtet z. B. ein Anstaltsdirector, dass in Folge der dort herrschenden rauhen Luft in seinem Institute jährlich ca. 30 pCt. der Kinder an Halsentzündungen erkranken. Endlich kommt es auf die Verschiedenheit der äusseren Verhältnisse an, denen die Kinder entstammen; während in Internaten sich überwiegend wohl Kinder befinden, welche vor der Aufnahme eine sorgsame Pflege genossen haben, finden wir in Waisenhäusern, Rettungshäusern, Zwangserziehungsanstalten u. s. w. meist Kinder, die misslichen Verhältnissen entstammen, die zu Hause schlecht ernährt worden sind, häufig vernachlässigt waren und oft, hereditär belastet, die Disposition zu mancherlei Krankheiten mit in das Erziehungshaus bringen. Von 61 in die Erziehungs- und Pflegeanstalt zu Langenhagen²⁾ neu Aufgenommenen 1891/92 waren 25 = 41 pCt. an Scrophulose erkrankt, 23 = 37,7 pCt. an Rachitis.

Aus allem diesen ergibt sich wohl klar, dass der Krankenbestand in den genannten Anstalten doch meist ein nicht unbeträchtlicher ist, und dass es somit nothwendig ist, neben allgemeinen guten hygienischen Verhältnissen in diesen Instituten auch ganz besonders hohe Ansprüche an eine ausreichende Krankenfürsorge zu stellen.

Wichtig ist zunächst die Art der ärztlichen Versorgung in der Anstalt. Kleinere Institute mit einer Belegzahl von unter 100 Zöglingen müssen einen Hausarzt haben, der regelmässig mehrmals in der Woche — bei über 50 Kindern täglich — des Morgens vor dem Schulbesuche

¹⁾ Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. öffentl. Gesundheitspl. (zu Berlin. 1896.

²⁾ Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger, Epileptiker. 1893. S. 48.

Sprechstunde abhält, und in dieser alle Kinder sieht, die irgend etwas zu klagen haben. Die Kinder müssen angehalten werden, ihren Pflegern und eventuell direct dem Arzte von jeder auch geringsten körperlichen Störung sofort Meldung zu machen. Daneben aber hat der Arzt auch regelmässig alle Kinder zu beobachten und in ihrer körperlichen Entwicklung zu verfolgen. Es ist dazu erforderlich, dass der Arzt die Kinder häufig in ihrem Zimmer bei ihrer gewohnten Lebensweise beobachtet. Für jedes Kind ist vom Arzte ein genaues Journal anzulegen, das während des ganzen Aufenthaltes in der Anstalt fortgeführt wird. Eine genaue Krankenstatistik ist aufzustellen und dauernd bei den Hauptakten der Anstalt zu bewahren. Wie weit die Behandlung erkrankter Zöglinge im Hause selbst durchgeführt werden soll, wird weiter unten besprochen, auch auf die gesammte hygienische Thätigkeit des Anstaltsarztes soll hier nicht weiter eingegangen werden. Aus dem Gesagten jedoch ergibt sich bereits, wie nothwendig bei einer grösseren Belegzahl des Institutes die Bestallung eines eigenen Anstaltsarztes ist, der sich ganz der Anstalt widmet und innerhalb derselben wohnt; auf eine ausgedehnte Thätigkeit ausserhalb des Hauses muss er dabei verzichten. Besser¹⁾, ein eifriger Kämpfer für Hebung der Waisenhäuser, stellte diese Forderung bereits 1863, auch Wehmer²⁾ verlangt, dass ein Arzt dauernd im Lazarethgebäude der grossen Waisenhäuser wohne. Da wo diese Forderung erfüllt ist, wird stets von dem günstigen Erfolge dieser Einrichtung berichtet, so z. B. aus dem Rummelsburger Waisenhaus bei Berlin³⁾: „Der in der Anstalt wohnende Arzt erfüllt durch seine beständige Anwesenheit in hervorragender Weise eine prophylactische Aufgabe, indem er mit ganz bedeutendem Erfolge die ganze Lebensweise der Zöglinge, die in derselben liegenden Wirkungen auf die Körperentwicklung und die Gesundheitszustände überwacht, auf schädliche Einflüsse aufmerksam macht, Verbesserungen vorschlägt und weitsichtige Schutzmaassnahmen anordnet.“

Auch Duker rühmt sich mit Recht dessen, dass in den 23 Jahren seiner Thätigkeit an der Rugby School bei einem Bestande von 400 Zöglingen nur 7 Todesfälle vorkamen, d. i. 1:1300 per annum, während O. Chadwick für Gemeindeschulen 6—12:1000 per annum gefunden hat und wir selbst oben für frühere Zeiten noch sehr weit höhere Ziffern anführen konnten.

Der Anstaltsarzt muss in hygienischer Hinsicht zwar nur im Einverständnis mit dem Anstaltsleiter handeln dürfen, aber völlig selbstständig in Bezug auf Krankenpflege verfügen können. In grösseren Instituten, die von mehreren Hundert Insassen besetzt sind, wird dem

1) Beiträge zur Waisenhausfrage. Dr. Leopold Besser. Berlin 1863.

2) Wernich-Wehmer, Lehrb. d. öffentl. Gesundheitswesens. Stuttgart 1894.

3) Das Sanitätswesen d. Preuss. Staates während der Jahre 1889/90 91. Berlin 1897. S. 403.

4) l. c. S. 343.

Anstaltsärzte auch ein Assistent zugetheilt werden müssen. Für Specialerkrankungen empfiehlt es sich, wie es übrigens auch vielfach geschieht, regelmässig bestimmte Aerzte zuzuziehen, und besonders sollten in bestimmten Zwischenzeiten alle Zöglinge von einem Augenarzte untersucht werden. Auch für eine regelmässige zahnärztliche Behandlung ist zu sorgen, was auch durch einen preussischen Ministerialerlass vom 26. November 1885 den geschlossenen Alumnaten empfohlen wird mit dem Hinweise auf die damit gewonnenen günstigen Erfahrungen in der Königl. Preussischen Haupt-Kadettenanstalt in Gross-Lichterfelde bei Berlin, wo seit 1879 ein Zahnarzt angestellt sei mit einem Honorare von $1\frac{1}{4}$ Mark pro Kopf. Derselbe sei verpflichtet 2mal im Jahre alle Kadetten zu untersuchen und die erforderlichen kleinen Maassnahmen zu bewirken, Plombiren etc. werde nach besonderem Tarife berechnet.

Den Aerzten zur Verfügung muss ein ausgebildetes Krankenpflegepersonal stehen, das dauernd im Hause stationirt ist und zwar auch in einer dem Bestande entsprechenden Anzahl, so zwar, dass auf je 50 Zöglinge wenigstens 1 Pfleger oder Pflegerin gerechnet wird; in jedem auch kleineren Hause aber muss unbedingt eine ausgebildete Kraft vorhanden sein, das gewöhnliche Personal reicht dazu unter keinen Umständen aus. Das Pflegepersonal muss unter dem Arzte stehen und ihm verantwortlich sein.

Die Behandlung der erkrankten Zöglinge geschieht in der Weise, dass leicht Erkrankte in der Sprechstunde sich vorstellen und mit den nothwendigen Verordnungen versehen werden. Schwerer Erkrankte werden sofort der Krankenabtheilung überwiesen. Diese kann in kleineren Anstalten aus einer Anzahl von Zimmern bestehen, die abseits von den Wohn- und Schlafräumen der Zöglinge liegen. Der Zugang zu diesen Zimmern muss streng gesondert sein und darf in keinerlei Verbindung mit den anderen Räumlichkeiten stehen. Die Krankenabtheilung muss unbedingt auch in kleineren Anstalten dem bayerischen Ministerialerlasse¹⁾ entsprechend aus einigen Zimmern zu höchstens je 4 Betten bestehen, so dass wenigstens auf 10 Kinder 1 Krankenbett kommt. Eins der Zimmer muss zur vorübergehenden Benutzung als Isolirzimmer vorgesehen werden, und — wenn es angeht — eins als Beobachtungszimmer für verdächtige Fälle, doch könnten eventuell diese beiden auch zusammenfallen. Die Krankenzimmer müssen mit den Zimmern des Pflegepersonals in Verbindung stehen, an den Betten sollen bequeme Läutapparate angebracht sein. Falls das Isolirzimmer belegt ist, muss für dieses eigenes Personal zur Verfügung stehen, welches mit der übrigen Abtheilung nicht in Berührung kommen darf. Dass die Krankenzimmer mit allem modernen Kranken-Comfort ausgestattet sein müssen, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Ein Ordinationszimmer für den Arzt mit Einrichtungen für die nothwendigen Untersuchungen muss, — wenn irgend möglich — vorhanden sein,

¹⁾ l. c.

in demselben ist eine Hausapotheke, Verbandkasten etc. unterzubringen. Ein eigenes Badezimmer und mehrere Closets mit Wasserspülung — ein besonderes für das Isolirzimmer — gehören zu dieser Abtheilung. Bei dieser Einrichtung ist aber von vorne herein festzuhalten, dass alle an Infectionskrankheiten Erkrankten sofort aus dem Hause entfernt werden müssen, da bei der beschriebenen für kleinere Anstalten passenden Einrichtung in sicherer Weise dauernd die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit nicht verhütet werden kann. Auch alle schweren und operativen Erkrankungen würden nicht im Hause behalten werden dürfen. Es ist daher für solche Anstalten ein fester Anschluss an ein benachbartes Krankenhaus durchaus nothwendig, welches sich verpflichtet, alle aus der Anstalt gesandten erkrankten Zöglinge unbedingt aufzunehmen. Thatsächlich ist auch ein solcher Anschluss in kleinen Anstalten vielfach üblich. In diesen Instituten kann es auch bei Infectionskrankheiten, die schnell um sich greifen, nöthig werden, ein weiteres Ausbreiten derselben durch schleunige völlige Entleerung der Anstalt zu verhindern. Die nicht erkrankten Kinder sind — falls nach genauer ärztlicher Untersuchung noch gesund befunden — nach erfolgter Desinfection der Kleidung u. s. w. nach Hause zu entlassen, soweit dieses möglich ist. Hierbei ist durch den Arzt unbedingt den Verwandten über die Art der im Hause herrschenden Krankheit genau Aufschluss zu geben; es ist ihnen mitzutheilen, wie viel Tage die Incubationszeit beträgt, in der das Kind noch etwa erkranken könnte, auf welche Initialerscheinungen besonders zu achten ist, und welche Maassregeln in dem Falle der Erkrankung getroffen werden sollen. In der Rugby School ist für solche Fälle folgendes Formular eingeführt:

Medical certificate.

Your son may be already infected with
and the illness may be incubating in him; if so, it will show
itself within days.

If no symptoms present themselves by
he may be considered free from the illness, and may safely
join the the other membres of your family.

(Signed.)

Adress.

Medical officer.

Date.

Eine Rundverfügung des preussischen Ministers des Innern vom 14. Juli 1884 betreffend die Schliessung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten bestimmt in § 6 der Anlage: „Aus Pensionaten, Konvicten, Alumnaten und Internaten dürfen Zöglinge während der Dauer und unmittelbar nach Erlöschen einer im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur dann in die Heimath entlassen werden, wenn dies nach ärztlichem Gutachten ohne die Gefahr einer Uebertragung der Krankheit geschehen kann und alle vom Arzte etwa für nöthig erachteten Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden. Unter denselben Voraussetzungen sind die Zög-

linge auf Veranlassung ihrer Eltern, Vormünder oder Pfleger zu entlassen.“

Dass mit einer rechtzeitigen Entlassung der gesund gebliebenen Kinder ein schnelles Erlöschen einer Epidemie erzielt werden kann, ist oft erprobt worden, so z. B. 1895 in einem grösseren Berliner Waisenhaus.

Für alle Alumnae, Erziehungshäuser, Waisenhäuser u. s. w., welche einen Bestand von 100 und mehr Zöglingen haben, ist ein völlig eingerichtetes Lazareth dringend nöthig. Es kann ein solches zweckmässig im Pavillonstyl erbaut werden, wie es Baginsky¹⁾ und Netolitzky²⁾ vorschlagen, doch wo der Platz nicht ausreicht, können auch Baracken mit 2 Etagen errichtet werden, zumal bei diesen als wesentlicher Vortheil die Einrichtung kleiner Krankenzimmer mit wenigen Betten hervorzuheben ist. Für Diphtherie und Scharlach als den für Kinder gefährlichsten der infectiösen Krankheiten ist ein von der übrigen Krankenabtheilung streng abgesonderter Bau vorzusehen; sollte dieses nicht möglich sein, so muss in dem Hauptbau ein Theil für diese Krankheiten völlig abgesondert sein mit besonderem Eingange und besonderem Personal. Eventuell kann man sich auch in der Weise helfen, dass erst bei Ausbruch einer Epidemie ein völliger Abschluss bewirkt wird. So geschieht es z. B. im Paedagogium zu Putbus nach einer privaten Auskunft des Directors. Bei dem Auftreten ansteckender Krankheiten wird dort das erste Stockwerk von dem Erdgeschoss durch eine geschlossene Wand so gesondert, dass es nur von der Hinterfront des Hauses zugänglich ist.

Das Lazareth ist am besten im Garten unterzubringen, abseits von den Plätzen, die den Zöglingen im Allgemeinen zur Verfügung stehen; die Krankenzimmer müssen genügend Licht und Sonne haben. Im Krankenhaus muss auf je 8—10 Zöglinge ein Bett berechnet werden, Duker³⁾ macht mit Recht darauf aufmerksam, dass man unterscheiden müsse zwischen Kindern unter und über 13 Jahren; er will für 100 Zöglinge unter 13 Jahren 20, für 100 über 13 Jahre 15 Betten vorgesehen haben. Auf je 8 Betten kommt eine Krankenpflegerin, für je 9 Betten dazu eine Nachtpflegerin. Letztere Forderung wird nicht als zu weit gehend angesehen werden dürfen, wenn wir bedenken, dass gerade bei kranken Kindern mehr als sonst bei Kranken eine dauernde Aufsicht auch Nachts nöthig ist. Die Pflegerinnen müssen unmittelbar neben den Krankenzimmern ihre Wohnung haben. Am besten ist es, wenn die Zimmer nur 2 oder 3 Betten haben; es ist dieses aus moralischen Gründen zweckmässig und dann auch, weil kranke Kinder leicht sehr unruhig sind und sich gegenseitig stören. Die Zimmer müssen so eingerichtet sein, dass sie eventuell ganz von einander abgeschlossen

1) Handbuch der Schulhygiene 1883.

2) l. c.

3) l. c.

werden können, um bei einer etwa auftretenden Hausepidemie genügende Isolirung zu ermöglichen. Die Zimmer müssen mit Kalk getüncht sein oder mit Oel- und Emailfarben gestrichen, so dass sie leicht gründlich desinficirt werden können; die Ecken müssen aus demselben Grunde abgerundet sein, der Fussboden am besten aus Cement mit Linoleumbeschlag; die Grösse der Zimmer sei so berechnet, dass auf jedes Bett mindestens 35 cbm Luftraum komme, für die Infectionsabtheilung aber ein grösserer Luftcubus; Duker verlangt für diese Abtheilung das Doppelte an Luftraum. Die Ventilation wird am besten im Anschluss an den Heizkörper eingerichtet, besondere Luftkanäle sind für die Zufuhr der frischen Luft wünschenswerth; in ihnen soll im Winter die eintretende Luft vorgewärmt werden. Für die Erwärmung der Zimmer ist Warmwasserheizung am angenehmsten, doch sind auch die modernen Dauerfüllöfen zu gebrauchen, man vermeide aber Heizkörper, die eine starke Abkühlung der Zimmer in der Nacht zulassen. Die Einrichtung der Zimmer muss auch vorsichtig gewählt werden; die Bettgestelle seien aus Eisen mit Draht- und Rosshaarmatratzen, Federbetten sollen höchstens als Kopfkissen benutzt werden, sind aber besser auch dort durch Rosshaarkissen zu ersetzen; wollene Decken sollen zum Bedecken genommen werden. Die weitere Ausstattung der Krankenzimmer sei eine möglichst einfache.

Die Treppen seien bequem ansteigend und breit, um den Transport Verletzter und zum Gehen Unfähiger zu erleichtern.

Weiter muss im Lazareth für je 6 Betten ein Closet mit Wasserspülung, das täglich zu desinficiren ist, vorhanden sein; von den Badezimmern ist das in der Infectionsabtheilung so einzurichten, dass die zu entlassenden Kinder aus demselben in ein Ankleidezimmer gelangen, welches direct ins Freie führt, sodass die Kinder nicht mehr mit den Krankenräumen in Berührung kommen müssen.

Weiter ist ein Beobachtungszimmer im Infectionsgebäude nothwendig, in welches Verdächtige sofort aufzunehmen sind, eventuell sind hier bei plötzlicher Erkrankung auch Kinder aufzunehmen, bis der etwa abwesende Arzt hinzukommt. Auch dies Zimmer ist so einzurichten, dass die Kinder in dasselbe gebracht werden können, ohne durch die eigentliche Krankenabtheilung zu müssen, zu welcher von dem Zimmer aus eine directe Verbindung führt. Gerade für dieses Zimmer, das nur für ein Bett eingerichtet werden sollte, ist Kalktünchung, die eventuell leicht abgekratzt und erneuert werden kann, besonders zu empfehlen. Für Reconvallescenten und Leichtkranke muss ein sog. Tagesraum vorhanden sein; auch eine Veranda wird zweckmässiger Weise angebracht werden.

Vernois¹⁾ verlangt noch ein besonderes Beschäftigungszimmer für Reconvallescenten.

Auch ein eigenes Besuchszimmer ist wünschenswerth, nur nicht für die Infectionsabtheilung, in der jeder Besuch streng zu verbieten ist.

¹⁾ Weyl's Handbuch d. Hygiene. Bd. VII. 1. Burgerstein u. Netolizki.

Ein Ordinationszimmer für den Arzt mit der nöthigen Ausstattung und Hausapotheke etc. gehört ferner ins Lazareth, ebenso ein eigener Desinfectionsapparat, in dem Wäsche und Kleidung, auch event. grössere Stücke desinficirt werden können; letzteres vertheuert den Apparat allerdings sehr und könnten daher zweckmässiger Weise grössere Gegenstände an die benachbarten communalen Desinfectionsanstalten, die jetzt ja nach und nach an den meisten grösseren Orten eingerichtet werden, abgegeben werden.

Eigene Wäsche und eigene Krankenkleidung für die Krankenabtheilung ist auch dringend erforderlich; besondere lange Uebermäntel sind in den Hausfluren vor den Scharlach- und Diphtherieabtheilungen für den Arzt vorrätbig zu halten.

In grösseren Lazarethen ist eine eigene Küche für das Spital zweckmässig, da eine besondere Kost nach Anordnung des Arztes doch nothwendig ist; in kleineren Krankenabtheilungen müssen wenigstens gut eingerichtete „Theeküchen“ vorhanden sein, in denen auch mancherlei Speisen für die kleinen Patienten schnell bereitet werden können.

Zur Lectüre dürfen den Kindern nur Bücher gegeben werden, die in der betreffenden Krankenabtheilung verbleiben, da eine sichere Desinfection von Büchern überhaupt nicht möglich ist. Duker¹⁾ empfiehlt, um jede Verwechslung auszuschliessen, die Bücher, die Kindern in den verschiedenen Krankheiten gegeben werden sollen, verschieden binden zu lassen: scharlachroth für Scharlach, gelb für Frieseln, blau für Masern, grün für Roseolen, weiss für Keuchhusten, schwarz für Windpocken, braun für Mumps.

Wenn die aufgeführten Einrichtungen auch im Allgemeinen den Bedürfnissen der Alumnate, Waisenhäuser u. s. w. entsprechen dürften, so werden sich doch noch für manche Anstalten besondere Einrichtungen als nöthig herausstellen und gewisse Abweichungen von der aufgestellten Norm erforderlich sein, so werden z. B. in Idiotenanstalten, die doch auch zu den Internaten gehören, besondere Abtheilungen²⁾ für tuberculöse Kinder einzurichten sein.

Wir haben so gesehen, was für eine geordnete Krankenfürsorge und Krankenpflege in Schulen und Internaten in Deutschland bisher geschehen ist und noch geleistet werden müsste. Wenn regelmässig nach einem gemeinsamen Schema in allen Instituten eine genaue Krankenstatistik geführt und veröffentlicht würde, wäre eine gesetzliche Ordnung der Krankenpflege in denselben wohl bald zu erzielen.

¹⁾ l. c. S. 380.

²⁾ Zeitschrift f. d. Behandlung Schwachsinniger und Epileptiker 1894. Wulff.

Specielle Krankenversorgung.

IV. Für Unbemittelte.

Von

Regierungs- und Medicinal-Rath Dr. **Roth** in Potsdam.

I.

Zu denjenigen Aufgaben, deren Förderung bei uns bisher vorwiegend Socialpolitiker und Verwaltungsbeamte sich haben angelegen sein lassen, während Hygieniker und Aerzte ihr im Allgemeinen geringere Aufmerksamkeit schenkten, gehört die hygienisch und social gleich wichtige Frage der Armen- und Armenkrankenpflege.

Die Armen- und Krankenpflege lag im Mittelalter in Deutschland ursprünglich in den Händen der Geistlichkeit, der Krankenpflegerorden — Ritterschaft des heiligen Lazarus, Johanniter, Hospitaliter, Alexianer, barmherzigen Brüder, Elisabethinerinnen u. a. — und der Genossenschaften, Bruderschaften und Gilden. Die private Wohlthätigkeit schloss sich meist der kirchlichen an. Stifter frommer Spenden übertrugen die Verwaltung derselben der Kirche. Erst später wandte die städtische Wohlfahrtspflege dem Armenwesen ihre Aufmerksamkeit zu. Die Armenpflege ging in einem blossen Almosengeben auf. Gegen den Bettel, der zu einer Stadt- und Landplage ausartete, wurden umfangreiche Bettelordnungen erlassen; die berechtigten Almosenempfänger mussten zuweilen ein Abzeichen tragen und die Erlaubniss der Stadtobrigkeit zum Betteln haben, Arbeitsfähige wurden zur Arbeit gezwungen.

Die ältesten Hospitäler sind geistliche Anstalten. Mit dem Auftreten des Aussatzes entstanden städtische Krankenanstalten, sogenannte Siechen- und Malatenhäuser oder Guteleuthöfe, in denen man die Kranken zwangsweise internirte. Diese Anstalten lagen in der Regel vor den Thoren der Stadt und waren meistens lichtlose Gebäude, in denen die Kranken in grossen Sälen zusammengehäuft waren. Als im 14. Jahrhundert der schwarze Tod, die Pest, wüthete, wurden besondere Pest-

häuser errichtet. Erst später errichteten die Städte auch für andere Kranke Spitäler.

Ursprünglich wurden die Kranken, und zwar zunächst hauptsächlich diejenigen, deren sich die Angehörigen gerne entledigen wollten, zusammen mit allen Sorten unterkunftsloser Leute (Vagabonden, Dirnen u. a.) gemeinschaftlich untergebracht. Diese ursprüngliche Bedeutung des Spitals als Aufenthaltsort unterkunftsloser „unehrlicher“ Leute, in dem auch armen Kranken unentgeltlich Aufnahme gewährt wurde, hat sich bis in die neueste Zeit erhalten. Erst der jüngsten Zeit war es vorbehalten, hier einen Wandel vorzubereiten, indem gegenüber der Bedeutung des Krankenhauses als Unterkunftsart armer Kranker die Krankenhauspflege in ihrer Bedeutung für die dadurch ermöglichte bessere hygienische und technische Behandlung in den Vordergrund trat. Die städtischen Krankenhäuser standen unter Aufsicht des Raths, der die Aufnahme der Kranken controlirte. Die Wartung und Behandlung der Kranken geschah durch Ordensangehörige und später durch die Stadtärzte. Irrenhäuser sind im Mittelalter eine grosse Seltenheit. Zu den ältesten gehört die im 14. Jahrhundert errichtete Thoren- oder Tollkiste in Hamburg, worin arme Irre auf Kosten der Stadt gepflegt und gekleidet wurden. Meist überliess man die Sorge für die Wahnsinnigen, die man von Dämonen besessen glaubte, der Geistlichkeit.

Eigentliche gelehrte Aerzte giebt es in Deutschland erst seit dem 14. Jahrhundert. Seit dieser Zeit werden auch besondere Stadtärzte angestellt. Ausserdem gab es noch städtische Chirurgen und Wundärzte, und seit dem 15. Jahrhundert werden auch städtische Hebammen erwähnt.

Entsprechend der Bedeutung des Badewesens im Mittelalter sorgten zahllose Stiftungen Privater für Armenbäder; vielfach wurden die Bäder gegen Gewährung bestimmter Privilegien verpflichtet, ihre Anstalten an bestimmten Tagen den Armen unentgeltlich zu öffnen.

Die Reformation brachte die Ansicht zur Geltung, dass Kirche und weltliche Gemeinde gemeinsam wirken sollten, um die Bettelei auszurotten und die Noth der Armuth und Krankheit zu lindern. Neue Principien wurden zuerst in der Kirchenordnung für Wittenberg vom Jahre 1522 festgesetzt, und weiterhin wurden in der Nürnberger Armenordnung die Grundzüge für eine Organisation der Armenpflege aufgestellt. Bald fanden diese Armenordnungen auch in anderen Ländern Nachahmung; gleichzeitig wurden für das nördliche und mittlere Deutschland die Verordnungen Buggenhagen's, die für Kirchengut und Armengut eine besondere Verwaltung vorschrieben, vorbildlich. In den katholischen Ländern vollzog sich die Organisation in ähnlicher Weise. Die Reichspolizeiordnung des Jahres 1530 bestimmte, dass „eine jede Stadt und Commune ihre Armen selbst ernähren und unterhalten solle.“ So sehen wir in Deutschland durch die weltlichen wie durch die kirchlichen Gesetze den Grundsatz sanktionirt, dass jede Gemeinde verpflichtet sein

sollte, ihre Angehörigen im Falle der Verarmung zu unterstützen. Hierdurch wurde zunächst der Begriff der Gemeindeangehörigkeit schärfer ausgebildet und dadurch in weiterer Folge in der Gemeinde das Bestreben hervorgerufen, den Kreis ihrer Gemeindeangehörigen abzuschliessen und Fremden die Niederlassung zu erschweren. So blieb die Armenpflege als Armenpolizei und Zweig der Sicherheitspolizei überwiegend auf blosse Abwehrmassregeln gegenüber Bettlern und Vagabonden beschränkt, die darauf abzielten, diese Elemente, die die Sicherheit des Eigenthums und der Person in hohem Maasse gefährdeten, nach Möglichkeit fern zu halten und unschädlich zu machen.

Die Entwicklung einer eigentlichen staatlichen Armenpflege mit der Aufgabe, die Hülfbedürftigen zu unterstützen, die Gründe der Verarmung zu erforschen und ihren Ursachen entgegenzuwirken, begann erst mit dem Zeitpunkt, wo der Grosse Kurfürst die Verwaltung des Landes selbstständig in die Hand nahm. Die Müssiggänger und Bettler wurden den Wollmanufacturen überwiesen, die Arbeitsfähigen zum Spinnen gehalten und an eine geregelte Arbeit gewöhnt.

In diesen beiden Richtungen, dem Arbeitszwang für die Arbeitsfähigen und der Armenfürsorge für die Arbeitsunfähigen hat sich in der Folgezeit das Armenrecht weiter entwickelt und zur Unterscheidung zwischen Armenpolizei und Armenpflege geführt, von denen erstere überwiegend, wenn auch nicht ausschliesslich, abwehrend wirkt, indem sie die aus der Armuth für die öffentliche Sicherheit und Ordnung entspringenden Gefahren zu beseitigen sucht, letztere überwiegend vorbeugend, indem sie die Fürsorge für die Armen, auch wenn solche Gefahren nicht vorliegen, zu ihrer Aufgabe macht. Auf dieser Zweigliederung beruhte das preussische Armenrecht während des ganzen achtzehnten Jahrhunderts. Der Versuch, ein drittes Glied in das Armenrecht einzuführen, wie es das allgemeine Landrecht that (Th. II, Tit. 19 § 2)), indem es das Recht auf Arbeit und die Pflicht des Staates, arbeitsfähigen Armen, denen es an Mitteln und Gelegenheit, ihren und der Ihrigen Unterhalt selbst zu verdienen, fehlt, solche anzuweisen, festsetzte, hat, von allgemeinen Nothständen abgesehen, niemals praktische Gestalt angenommen. Unter König Friedrich I. wurde die Armenlast als eine öffentlich rechtliche Last erkannt und der Grundsatz aufgestellt, dass jede Obrigkeit für die Armen in ihrem Gerichtssprengel, mit denen damals die Armenbezirke zusammenfielen, zu sorgen habe. An die Stelle dieser Gerichtsbezirke traten in Folge des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz die Orts- und Landarmen-Verbände. Damit wurde die Armenfürsorge zu einer communalen Angelegenheit.

Das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870, abgeändert durch das Gesetz vom 12. März 1894, bestimmt im § 2, dass die öffentliche Unterstützung hülfbedürftiger Norddeutscher — nach näherer Vorschrift dieses Gesetzes — durch Ortsarmen- und Landarmen-Verbände geübt wird.

Nach § 8 bestimmen die Landesgesetze über Zusammensetzung und Einrichtung der Ortsarmenverbände und Landarmenverbände, über die Art und das Maass der im Falle der Hilfsbedürftigkeit zu gewährenden öffentlichen Unterstützung, über die Beschaffung der erforderlichen Mittel, sowie darüber, in welchen Fällen und in welcher Weise den Ortsarmenverbänden von den Landarmenverbänden oder von anderen Stellen eine Beihilfe zu gewähren ist, und endlich darüber, ob und inwiefern sich die Landarmenverbände der Ortsarmenverbände als ihrer Organe bei der öffentlichen Unterstützung Hilfsbedürftiger bedienen dürfen.

Nach § 10 wird der Unterstützungswohnsitz erworben a) durch Aufenthalt (wer innerhalb eines Ortsarmenverbandes nach zurückgelegtem 18. Lebensjahre zwei Jahre lang ununterbrochen seinen gewöhnlichen Aufenthalt gehabt hat), b) durch Verehelichung, c) durch Abstammung. Der Verlust des Unterstützungswohnsitzes tritt ein durch Erwerb eines anderen Unterstützungswohnsitzes oder durch zweijährige ununterbrochene Abwesenheit nach zurückgelegtem 18. Lebensjahre. Der § 29 lautet in der Fassung des Gesetzes vom 12. März 1894:

Wenn Personen, welche gegen Lohn oder Gehalt in einem Dienst- oder Arbeitsverhältniss stehen, oder deren ihren Unterstützungswohnsitz theilende Angehörige, oder wenn Lehrlinge am Dienst- oder Arbeitsort erkranken, so hat der Ortsarmenverband dieses Orts die Verpflichtung, den Erkrankten die erforderliche Kur und Verpflegung zu gewähren.

Ein Anspruch auf Erstattung der entstehenden Kur- und Verpflegungskosten bezw. auf Uebernahme des Hilfsbedürftigen gegen einen anderen Armenverband erwächst in diesen Fällen nur, wenn die Krankenpflege länger als 13 Wochen fortgesetzt wurde und nur für den über diese Frist hinausgehenden Zeitraum.

Dem zur Unterstützung an sich verpflichteten Armenverbände muss spätestens sieben Tage vor Ablauf des 13 wöchentlichen Zeitraums Nachricht von der Erkrankung gegeben werden, widrigenfalls die Erstattung der Kosten erst von dem, sieben Tage nach dem Eingang der Nachricht beginnenden Zeitraum an gefordert werden kann.

Die Bestimmungen der Absätze 2 und 3 finden keine Anwendung, wenn das Dienst- und Arbeitsverhältniss, durch welches der Aufenthalt am Dienst- oder Arbeitsorte bedingt wurde, nach seiner Natur oder im voraus durch Vertrag auf einen Zeitraum von einer Woche oder weniger beschränkt ist.

Schwangerschaft an sich ist nicht als eine Krankheit im Sinne der vorstehenden Bestimmungen anzusehen.

Der § 32a bestimmt, dass, soweit nach Bestimmung der Landesgesetze einzelne Zweige der öffentlichen Armenpflege den Landarmenverbänden übertragen sind, die Rechte und Pflichten der Ortsarmenverbände auf diese übergehen.

Das Gesetz vom 12. März 1894 enthält ausserdem im Artikel 2 eine Ergänzung des Strafgesetzbuches, indem in den § 361 des Strafgesetzbuchs hinter Nummer 9 folgende Nummer 10 eingestellt wird:

(Mit Haft wird bestraft:)

10. „wer, obschon er in der Lage ist, diejenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, zu unterhalten, sich der Unterhaltungspflicht trotz der Aufforderung der zuständigen Behörde derart entzieht, dass durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muss.“

Indem der Unterstützungswohnsitz junger Leute, der bisher bis zum vollendeten 26. Lebensjahre in der Elterngemeinde war, durch das Gesetz vom 12. März 1894 schon mit dem 20. Lebensjahr in der Elterngemeinde verloren gehen und auf die in der Mehrzahl der Fälle städtische Aufenthaltsgemeinde übergehen kann, auch in Krankheitsfällen die Armenunterstützung der jeweiligen Aufenthaltsgemeinde bis zu 13 Wochen auferlegt wird, lässt sich eine Verschiebung der Armenlasten zu Gunsten des platten Landes voraussehen.

Das Gesetz, betr. die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 bestimmt im § 1:

„Jedem hilfsbedürftigen Deutschen ist von dem zu seiner Unterstützung verpflichteten Armenverband Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Ablebens ein angemessenes Begräbniss zu gewähren. Die Unterstützung kann geeigneten Falls, so lange dieselbe in Anspruch genommen wird, mittelst Unterbringung in einem Armen- oder Krankenhause, sowie mittelst Anweisung der den Kräften des Hilfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten ausserhalb oder innerhalb eines solchen Hauses gewährt werden.“

Der Ausdruck „hilfsbedürftig“ ist im Gesetz nicht interpretirt. Nach der Rechtsprechung des Bundesamts für das Heimathswesen liegt eine Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 1 des Gesetzes vom 8. März 1871 auch dann vor, wenn eine Person zwar an sich arbeitsfähig, aber aus äusseren Gründen, z. B. wegen mangelnder Arbeits Gelegenheit, sich und ihren Angehörigen den nöthigen Unterhalt zu beschaffen, nicht im Stande ist. Das Obdach wird auf dem Lande entweder in besonderen Armenhäusern oder durch Unterbringung in Miethwohnungen oder derart gewährt, dass der Gemeindevorsteher die Gemeindesteuerpflichtigen zur Gewährung des Obdachs „im Reizezuge“ heranzieht.

Unter „unentbehrlichem Lebensunterhalt“ sind alle zur Existenz eines Menschen unentbehrlichen Gegenstände zu verstehen.

Die Verwaltung der öffentlichen Armenpflege steht in den Gemeindebezirken überall den für die Verwaltung der Gemeindeangelegenheiten durch die Gemeindeverfassungsgesetze angeordneten Gemeindebehörden zu. Für dieselben können in allen Gemeinden besondere, dem Gemeindevorstand untergeordnete Deputationen aus Mitgliedern der Gemeindevertretung und unter Zuziehung anderer Ortsbewohner gebildet werden. Gehören mehrere Gemeinden oder Gutsbezirke zu einem Gesamtarmenverband, so regelt sich die Vertheilung der Kosten der gemeinsamen Armenpflege auf die einzelnen Gemeinden und Gutsbezirke nach Maassgabe der in ihnen aufkommenden Steuersätze.

Der Staatsregierung steht nach Maassgabe der Gemeinde-Verfassungsgesetze die Aufsicht über die Verwaltung der Ortsarmenverbände zu. Streitigkeiten zwischen den verschiedenen Armenverbänden wegen öffentlicher Unterstützung Hilfsbedürftiger werden im Verwaltungsstreitverfahren entschieden.

Die Landarmenverbände wurden durch specielle Königliche Verordnung auf Grund der §§ 26, 27 und 28 des Unterstützungswohnsitz-Gesetzes gebildet, und sind entweder die Kreise, wie in Ostpreussen und im Herzogthum Lauenburg, in Sachsen-Meiningen und Württemberg (Oberamtsbezirke) oder ganze Provinzen — Westpreussen, Brandenburg (ausgenommen Berlin), Schlesien (ausgenommen Breslau), Pommern, Posen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Rheinland, Hohenzollern —, oder der Staat selber übernimmt die Obliegenheiten des Landarmenverbandes, wie im Königreich Sachsen, in beiden Mecklenburg, in Sachsen-Weimar, Braunschweig etc.

In Preussen unterhalten die Landarmenverbände, soweit sie mit den Provinzen zusammenfallen, Corrections- (Arbeits-) Häuser, mit welchen fast überall Landarmenanstalten zur Pflege einer beschränkten Zahl von Landarmen wie von hilfsbedürftigen Taubstummen und Blinden, soweit nicht deren Unterbringung in besondere Anstalten geboten ist, verbunden sind. Ausserdem sollen dieselben überbürdeten Ortsarmenverbänden Beihilfen gewähren, doch sind, wie hier gleich erwähnt werden soll, in dieser Beziehung die Provinzen sehr zurückhaltend, hauptsächlich aus dem Grunde, weil sie keinen Einfluss auf die Verwaltung der Ortsarmenverbände haben.

Im § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 war den Landarmenverbänden die Befugniss beigelegt worden, diejenigen Kosten der öffentlichen Armenpflege, welche die Fürsorge für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde verursacht, unmittelbar zu übernehmen. Diese Befugniss ist, soweit es sich nicht um Sieche handelt, durch den Artikel I des Gesetzes vom 11. Juli 1891, betr. die Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Ausführungsgesetzes vom 8. März 1871 in eine Verpflichtung umgewandelt. Es haben danach die Landarmenverbände für Bewahrung, Kur und Pflege der bezeichneten Kategorien von Hilfsbedürftigen, mit Ausnahme der Siechen, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen, und zwar unter Betheiligung der Kreise und Ortsarmenverbände. Die gleiche Verpflichtung ist den Ortsarmenverbänden bezüglich der im § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 nicht besonders erwähnten hilfsbedürftigen Epileptischen, für welche eine Anstaltspflege erforderlich ist, auferlegt worden. Die Bestimmungen über Aufnahme und Entlassung der Anstaltsbedürftigen, sowie über die Vertheilung der Kosten sind durch besondere, seitens der Provinzialverwaltung zu beschliessende und durch den Minister zu genehmigende Reglements festzusetzen.

Die Aufsichtsbehörden haben dafür zu sorgen, dass die Ortsarmen-

verbände ihren gesetzlichen Verpflichtungen gegen Unterstützungsbedürftige nachkommen, unbeschadet der den Polizeibehörden zustehenden Befugniss und Pflicht (Allg. Landrecht Theil II, Titel 19, § 15) für die vorläufige Unterbringung unterstützungsbedürftiger, insbesondere obdachloser Personen Sorge zu tragen (Oberverwaltungsgericht, Entsch. I 337, VII 129).

Die Kosten, welche für die Verpflegung eines erkrankten oder arbeitsunfähigen Hilfsbedürftigen im Alter von 14 und mehr Jahren in einem preussischen Armenverband entstanden sind und von einem anderen preussischen Armenverbände zu erstatten sind, wurden durch besonderen Tarif vom 2. Juli 1876 festgesetzt.

Das Reichsgesetz, betr. den Unterstützungswohnsitz, welches ursprünglich nur für den Norddeutschen Bund Geltung besass, trat in Folge Reichstagsbeschlusses vom 8. November 1871 mit dem Jahre 1873 auch im Königreich Württemberg und im Grossherzogthum Baden in Kraft.

Neben dem Bundesgesetz über den Unterstützungswohnsitz existirt in Deutschland auf diesem Gebiete noch die besondere bayrische und die besondere elsass-lothringische Gesetzgebung. Erstere hat an dem Heimathsrecht festgehalten, das entweder durch Abstammung, Verheirathung, Anstellung eines Beamten in einer Gemeinde oder durch Verleihung seitens der Gemeinde erworben und nur durch Erwerb einer neuen Heimath in Bayern, wozu eine fünfjährige Frist erforderlich ist, oder durch Verlust der bayrischen Staatsangehörigkeit verloren wird. In Bayern sind die Organe der öffentlichen Armenpflege die Armenpflegschaftsräthe, deren jedem der Ortsgeistliche, der Gerichtsarzt oder ein anderer am Orte ansässiger Arzt und eine beliebige Zahl von der Gemeinde zu wählender Mitglieder angehören. Der Vorstand des Armenpflegschaftsraths ist in den städtischen und den sämtlichen Pfälzer Gemeinden der Bürgermeister, in den übrigen der Pfarrer. Den Districtsgemeinden liegt die Unterstützung der mit Armenlasten überbürdeten politischen Gemeinden und die Einrichtung von Anstalten, in welchen Arme Aufnahme finden können, ob. Ueber der Districts-Armenpflege steht die Kreis- (Bezirks-) Armenpflege, von der bedürftige Districtsgemeinden unterstützt und öffentliche Anstalten für Arme und Geisteskranke begründet und unterhalten werden.

In Bayern ist die Antheilnahme grösserer Verbände am Armenwesen im Laufe der letzten Jahrzehnte fortschreitend weiter ausgebildet und dadurch bereits eine wesentliche Entlastung der örtlichen Armenverbände herbeigeführt. Das Gesetz vom 29. April 1869 weist den Districts-Armenverbänden als obligatorische Aufgaben zu: 1. Die Unterstützung der mit Armenlasten überbürdeten Gemeinden des Districts. 2. Die Unterhaltung der bestehenden Districts-Wohlthätigkeits- und Krankenanstalten. 3. Die Ansammlung und allmähliche Vermehrung eines besonderen Districts-Armenfonds — und als facultative Aufgaben die Errichtung von Districts-Armenhäusern, Beschäftigungsanstalten, Armenkolonien und Krankenhäusern, sowie von Districtsanstalten zur Erziehung

armer, verwaarloster Kinder, während den Kreisverbänden (Regierungsbezirken) neben der Unterstützung überbürdeter Districtsgemeinden gleichfalls die Errichtung von Armen- und Wohlthätigkeitsanstalten obliegt.

In den Reichslanden besteht weder Unterstützungswohnsitz noch Heimathsrecht. Die dort giltige französische Gesetzgebung kennt eine allgemeine Verpflichtung der Gemeinden zur öffentlichen Unterstützung Hilfsbedürftiger überhaupt nicht, sondern überlässt die Fürsorge für die Bedürftigen principiell der Privatwohlthätigkeit. Nur für gewisse Klassen von Hilfsbedürftigen (verwaiste und verlassene Kinder, arme Geistesranke) haben die Bezirke (Departements) zu sorgen. Im Uebrigen ist die örtliche Armenpflege der Gemeinden eine facultative und in der Hand der Hospitäler und Wohlthätigkeitsbureaus gelegen. Letztere, mit den Rechten einer juristischen Person ausgerüstet, stehen unter der Verwaltung einer besonderen Commission (Armenrath), mit dem Bürgermeister an der Spitze, und unterstützen diejenigen Personen, welche in der Gemeinde ihren Unterstützungswohnsitz (*domicile de secours*), begründet durch Geburt am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts der Mutter und einjährigen Aufenthalt nach erlangter Grossjährigkeit, haben. Die Mittel der Wohlthätigkeitsbureaus stammen aus den Erträgnissen von Kapitalien, Stiftungen, Wohlthätigkeitslotterien, Sammlungen und Abgaben auf öffentliche Vergnügungen. In die Hospitäler muss, soweit Platz ist, jeder ortsansässige Hilfsbedürftige aufgenommen werden. In der offenen Armenpflege wird armen Kranken freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährt, ausserdem nach Bedarf Gebrauchsgegenstände und Lebensmittel. Zu einem Theil werden die Kosten hierfür aus Summen bestritten, die die Gemeinden freiwillig in ihren Etat aufnehmen, um sie dann meist den Wohlthätigkeitsbureaus zu überweisen. In Nothfällen überweist auch der Staat den Armenbureaus Unterstützungen und erleichtert ausserdem die Armenpflege dadurch, dass er Taubstumme, Blinde und Geistesranke in seine Landesanstalten aufnimmt. In denjenigen Gemeinden, wo ein Wohlthätigkeitsbureau fehlt, giebt es auch keine eigentliche Armenpflege, sie ist aber auch in den Städten, wo die Lotterien und Hauscolleeten vielfach unzulängliche Mittel gewähren, wie aus den Berichten der Armenräthe hervorgeht, häufig eine unzureichende. Wie mangelhaft die Fürsorge unter dem freiwilligen System ist, erhellt daraus, dass im Jahr 1890 von 1697 Gemeinden Elsass-Lothringens annähernd zwei Drittel überhaupt keinen Armenrath hatten.

Neben diesen allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen, zu denen ergänzend das Krankenkassen-, Unfall- und das Alters- und Invaliditätsversicherungs-Gesetz hinzutreten, sind von territorialen Armengesetzen speciell die Armenordnung im Königreich Sachsen vom 20. October 1840 und 18. September 1856 in Kraft geblieben. In Preussen hat das Allgemeine Landrecht sowohl die privatrechtliche als auch die öffentliche Verpflichtung zur Versorgung der Armen festgestellt (Th. II., Titel 19, §§ 10 und 15).

Was die ausserdeutschen Länder betrifft, so war es in England, von älteren Organisationsversuchen abgesehen, das Armengesetz vom 14. August 1834, durch das das Armenwesen nachhaltig und einheitlich organisirt wurde. An der Spitze des Armenwesens steht das Poor Law Board. Die Armenverbände (Unions) haben eine durchschnittliche Einwohnerzahl von ca. 25000 Seelen und stehen unter einem gewählten Armenrath (Board of guardians), zu dem in jedem Falle der Friedensrichter gehört. Dieser Armenrath war verpflichtet, einen oder mehrere Armenärzte (District medical officer) anzustellen und zu besolden; die Bezirke derselben durften nicht grösser als eine Quadratmeile sein und höchstens 15000 Seelen umfassen. Die grosse Verschiedenheit der englischen und deutschen Armenpflege findet auch äusserlich ihren Ausdruck darin, dass es in England im Jahre 1891 nur 648 örtliche Armenverbände (Unions and Parishes) gab, in Preussen dagegen, dessen Bevölkerung ungefähr der von England und Wales gleichkommt, 47368. Die Ortsarmenverbände waren demnach in England, trotz fortschreitender Tendenz sie zu verkleinern, durchschnittlich 70mal so gross als in Preussen. Die erforderlichen Mittel bringen die Armenverbände durch eine besondere Armensteuer auf. Auf dieser Organisation des Armenwesens ist das englische Gesundheitswesen, das mit dem Erlass des Gesundheitsgesetzes im Jahre 1875 nach der Seite der Organisation seinen vorläufigen Abschluss erhielt, aufgebaut, nachdem schon im Jahre 1871 alle Rechte und Pflichten des Poor Law Board auf das Local Governement Board übergegangen waren und damit die Armenpflege zu einem integrierenden Theil der öffentlichen Gesundheitspflege erklärt war.

Der Mittelpunkt der englischen Armenpflege ist das Armen-Arbeitshaus (Workhouse). Ist der Bittsteller bereit, ins Arbeitshaus zu gehen, so ist damit seine Noth bewiesen, ist er es nicht, so soll er gänzlich abgewiesen werden; nur ausnahmsweise werden Unterstützungen ausserhalb des Arbeitshauses gewährt. Das Bestreben in England geht dahin, die geschlossene Armenpflege immer mehr auf Kosten der offenen Armenpflege auszudehnen. Die Zahl der Unterstützten lässt in England eine fortdauernde Abnahme in den letzten Jahren erkennen, und zwar ging dieselbe von 48,8 auf 1000 im Jahre 1858 auf 26,5 im Jahre 1891 herunter. Im Gegensatz zu Deutschland und Preussen, wo die Städte die bei Weitem höchsten Armenziffern zeigen, scheint in England die Armenziffer in den ländlichen Gemeinden grösser zu sein als in den Städten, was auf eine strengere Handhabung des Workhouse-Systems und die dadurch erzielte abschreckende Wirkung in den Städten zu deuten scheint. Zur Zeit sind etwa 25 Procent aller Unterstützungsbedürftigen in den Arbeitshäusern untergebracht. Alle Bedürftigen — Männer, Frauen, Greise, Kinder, Einzelne, wie ganze Familien, letztere von einander getrennt — werden in den Workhouses untergebracht, die mit Armenschulen verbunden sind und gleichzeitig Krankenabtheilungen enthalten; nur ansteckende Kranke

sollen den besonderen Isolirhospitälern und Geisteskranke entsprechenden Asylen überwiesen werden, jedoch ist immer noch ein erheblicher Theil der Irren in diesen Arbeitshäusern untergebracht. Bezüglich des Zustandes dieser Workhouses, der bisher zu erheblichen, und zwar nicht bloß hygienischen Bedenken Anlass gab, bedingt durch das Zusammensein der verschiedenen Altersklassen und Geschlechter, der Gesunden und Kranken, lauten in letzter Zeit die Berichte etwas günstiger; immerhin muss zugegeben werden, dass der längere Aufenthalt in denselben, insbesondere auf Kinder und ledige Mädchen, vielfach einen sittlich ungünstigen Einfluss ausübt.

Um die neben der öffentlichen Armenpflege bestehende Privatwohlthätigkeit in eine organische Beziehung zur amtlichen Armenpflege zu bringen, bestehen in London und einer Reihe grösserer Städte seit 1870 Gesellschaften zur Regelung der Wohlthätigkeit, welche ein planmässiges Zusammenwirken der verschiedenen Wohlthätigkeitsvereine und Bestrebungen mit der öffentlichen Armenpflege erstreben.

Noch mehr wie in England beschränkt sich in Amerika die öffentliche Armenfürsorge auf die sogenannte geschlossene Armenpflege und lässt nur in besonderen Ausnahmefällen Unterstützungen aus öffentlichen Mitteln ausserhalb der Anstalten zu.

In Frankreich, mit Ausnahme von Paris, dessen Armenwesen im Jahre 1849 durch besonderes Gesetz geregelt wurde, waren es, wie in Elsass-Lothringen, die unter der Verwaltung der Gemeinden stehenden Hospices und Hôpitaux-Hospices, denen alle bedürftigen Kranken überwiesen wurden, und die Wohlthätigkeitsbureaus (Bureaux de bienfaisance), denen bis vor Kurzem die Handhabung der Armenpflege, wenn auch nur facultativ, oblag. Die Aufsicht über die Wohlthätigkeitsbureaus führte das Bureau de l'assistance publique. Mit Ausnahme der Fürsorge für Waisen und Irre, die gesetzlich den Departements obliegt, war bis zu dem Gesetz vom 15. Juli 1893 der Zustand der geschlossenen Armen-Krankenpflege namentlich auf dem Lande ein höchst unvollkommener. In den Gemeinden, die keine Spitäler hatten, war für die Anstaltsbedürftigen keinerlei Fürsorge getroffen, da die Spitäler fast ausschliesslich nur Kranke aus der Gemeinde aufnahmen, in welcher sie gelegen waren. Nicht minder mangelhaft war der Zustand der häuslichen Krankenpflege, da die Wohlthätigkeitsämter nur in einem kleinen Theil der Gemeinden überhaupt vorhanden waren. Noch neuerdings waren $\frac{3}{5}$ der Gemeinden in Frankreich ohne solche Wohlthätigkeitsämter. Eine Reihe von Departements waren daher schon früh dazu übergegangen, die Krankenpflege Unbemittelter für sich zu organisiren, wobei entweder auf das System der Cantonalärzte zurückgegriffen oder den unbemittelten Kranken die Wahl des Arztes freigestellt wurde. Mehrfache Versuche, eine allgemeine Reorganisation des Armenwesens herbeizuführen, hatten keinen Erfolg, bis endlich durch das Gesetz vom 15. Juli 1893 eine Organisation wenigstens der Armenkrankenpflege geschaffen wurde.

Dies Gesetz bestimmt, dass jeder kranke Franzose, wenn er mittellos ist, von der Gemeinde, dem Departement oder dem Staat, je nach seinem Unterstützungswohnsitz, kostenlose Krankenpflege entweder in seiner Wohnung, oder, wenn dort eine zweckmässige Pflege ausgeschlossen ist, in einem Spital erhält. Wöchnerinnen stehen den Kranken gleich. Der Unterstützungswohnsitz wird erworben: erstens, durch einen einjährigen Aufenthalt in einer Gemeinde, der nach erlangter Grossjährigkeit oder geschehener Grossjährigkeitserklärung begonnen hat, zweitens durch Abstammung, und drittens durch Eheschliessung. Der Unterstützungswohnsitz geht verloren: erstens, durch ununterbrochene einjährige Abwesenheit nach erlangter Volljährigkeit oder nach erlangter Volljährigkeitserklärung, zweitens, durch Erwerb eines anderweitigen Unterstützungswohnsitzes. Hat der mittellose Kranke in keiner Gemeinde den Unterstützungswohnsitz, so fällt die Krankenpflege dem Departement zur Last, in welchem er den Unterstützungswohnsitz erworben hat. Hat der Kranke weder in einer Gemeinde noch in einem Departement seinen Unterstützungswohnsitz, so liegt die Krankenpflege dem Staate ob. Jede Gemeinde wird für die Behandlung ihrer Kranken einem oder mehreren der nächsten Spitäler zugewiesen. Kann ein Kranker in seiner Wohnung nicht zweckmässig verpflegt werden, so stellt der Arzt ein Zeugnis über seine Zulassung in das Spital aus. Dieses Zeugnis bedarf der Gegenzeichnung des Vorstandes des Pflegeamts (Bureau d'assistance) oder seines Vertreters. Dem Pflegeamt, das in jeder Gemeinde zu bilden ist, liegt die Verwaltung der Krankenpflege ob. Der Verwaltungsausschuss tritt mindestens viermal jährlich zusammen und ergänzt die Krankenpflegetherliste, welche alle diejenigen Personen enthält, die auf unentgeltliche Pflege Anspruch haben. In Eilfällen zwischen zwei Sitzungsperioden kann das Pflegeamt einen nicht in die Liste eingetragenen Kranken vorläufig zulassen. Die Spitäler erhalten von den verpflichteten Gemeinden für die Aufnahme von Kranken Pflegegelder, und zwar darf der Pflegesatz nicht unter die Hälfte desjenigen Preises heruntergehen, welcher aus den Selbstkosten, wie sie in den letzten 5 Jahren festgestellt wurden, sich ergibt. Die ordentlichen Ausgaben der öffentlichen Krankenpflege setzen sich zusammen aus den Honoraren der Aerzte, Wundärzte und Hebammen, aus den Ausgaben für Arzneien und Heilmittel und aus den Kosten der Anstaltsverpflegung der Kranken. Soweit die Einnahmen der Gemeinden hierzu nicht ausreichen, sind sie befugt, Zuschläge zu den directen Steuern oder Octroigebühren auszuschreiben, doch bedürfen dieselben der Genehmigung der vorgesetzten Verwaltungsbehörde. Für die Höhe derselben, ebenso für die Beihilfen, wie sie seitens des Departements und des Staates gegenüber bedürftigen Gemeinden gezahlt werden, ist ein sehr verwickeltes System festgesetzt, und zwar variirt der Antheil, den das Departement den Gemeinden zu ersetzen hat, zwischen 10 und 80 Procent, der Beitrag, den der Staat den Departements zu vergüten hat, zwischen 10 und 70 Procent. So vollkommen in vieler Hinsicht dieses französische Gesetz ist, muss es als ein Mangel bezeichnet werden, dass

für die Errichtung neuer Spitäler nicht ausreichend Fürsorge getroffen ist, und dass die Art der Fürsorge der Krankenpflege zu wenig genau bestimmt ist. Der bisherige Streit, ob das System der freien Arztwahl oder das System des bestellten Cantonarztes besser ist, wird nach wie vor fort dauern und ausserdem bleibt der Mangel, dass dem Arzte keine bestimmten Bezüge gesichert sind. Ein Vorzug des Gesetzes ist die erheblichere Betheiligung der grösseren Verbände an den Ausgaben. Die Departements, die in Frankreich die Stellung unserer Landarmenverbände einnehmen, haben dort einen erheblichen Theil der Kosten der Krankenpflege zu tragen, während bei uns dieses Ziel trotz des neuen preussischen Gesetzes über die ausserordentliche Armenlast immer noch zu erstreben bleibt.

Nicht ausreichend ist die Fürsorge für die Pflege der Idioten und missgebildeten Kinder, da hierfür eine Verpflichtung der öffentlichen Verbände bisher nicht besteht. Gut bewährt hat sich im Allgemeinen das Kinderschutzgesetz vom 23. December 1874, das den Schutz von Leben und Gesundheit der in Pflege und Kost gegebenen jungen Kinder bezweckt. Danach stehen alle gegen Entgelt in Pflege befindlichen Kinder von weniger als 2 Jahren unter öffentlichem Schutz und unter Aufsicht des Präfecten, der hierbei von einem sachverständigen Comité unterstützt wird. Von besonderer Bedeutung ist die in dem Gesetz vorgesehene allmonatlich stattfindende ärztliche Inspection der Pflegekinder, von deren Einrichtung, obwohl dieselbe nicht als rechtliche Verpflichtung den Departements aufgegeben ist, doch ein grosser Theil der Departements (73) Gebrauch gemacht hat. Auf den Schutz verwahrloster oder gemisshandelter Kinder beziehen sich die Gesetze vom 20. December 1874 und 24. Juli 1889, von denen namentlich das letztere Gesetz eine durch rechtliches Urtheil auszusprechende Entziehung der elterlichen Gewalt in weitem Umfange vorsieht.

In Italien verpflichtete das Gesetz vom 22. December 1888 die Gemeinden zur Sicherstellung armenärztlichen Beistandes, während durch das Gesetz über die öffentliche Sicherheit vom 30. Juni 1889 für arbeitsunfähige Arme Fürsorge getroffen wurde. Die Fürsorge für Geisteskranke und Findelkinder ist ganz oder grössten Theils eine Last der Provinz. Die Gemeinden oder Gemeindeverbände haben für unentgeltlichen ärztlichen, wundärztlichen und geburtshülflichen Beistand der Armen Sorge zu tragen durch Anstellung von Gemeinde-Gesundheitsbeamten bzw. Wundärzten und Hebammen. Daneben wirken segensreich die sehr zahlreichen Wohlthätigkeitsanstalten, in denen Krüppel, Unheilbare, Sieche und Kranke aufgenommen werden. Im Jahre 1891 ging die Verwaltung der sämtlichen opere pie auf den Staat über.

In Belgien ist durch das Gesetz vom 27. November 1892 der Unterstützungswohnsitz theilweise abgeschafft und die Zeit der zu seiner Erlangung nöthigen Ansässigkeit abgekürzt. Jedem Dürftigen soll von der Gemeinde, in der er sich befindet, Unterstützung geleistet werden. Für Kranke, die in Krankenhäusern gepflegt werden, für Kinder und

Greise ist das Princip des Unterstützungswohnsitzes beibehalten. Die Kosten für Bewachung, Cur und Pflege von hilfsbedürftigen Geisteskranken, Taubstummen und Blinden fallen zu $\frac{1}{4}$ dem Staate, zu $\frac{1}{4}$ der Provinz und zur Hälfte den gemeinsamen, aus Beiträgen der einzelnen Communen gebildeten Fonds zur Last. Zum Zwecke der kostenlosen ärztlichen Armenkrankenpflege haben die Gemeinden entweder in Verbindung mit den Armenämtern einen Krankendienst einzurichten oder mit den Spitalverwaltungen Vereinbarungen zu treffen oder für angemessene Verpflegung und Behandlung im Hause zu sorgen.

In Holland ruht die Armenpflege in erster Linie in den Händen der Kirche, und nur, wenn diese die Unterstützung versagt, tritt die Gemeinde ein. Die Unterstützung von Seiten der Kirche wird aber in der Regel erst bei mehrjähriger Zugehörigkeit zu der betreffenden Religionsgemeinschaft gewährt und bei unkirchlichem Lebenswandel wieder entzogen. Einen Rechtsanspruch auf Armenunterstützung von Seiten der Gemeinden, sei es derjenigen des Geburtsorts oder des Wohnsitzes giebt es nicht; auch sind Armenhäuser und Arbeitshäuser selten. Wenn auch dem gegenüber die private Wohlthätigkeit in Holland sehr entwickelt ist und wir auch in kleineren Städten fast überall Ferienkolonien, Volksküchen etc. antreffen, bleibt doch eine Organisation der öffentlichen Armenpflege in Holland ein dringendes Bedürfniss.

In Oesterreich folgte auf die etwa bis zum 15. Jahrhundert reichende Periode der geschlossenen Armenpflege in kirchlichen Anstalten und Spitalern eine Zeit, in der die Stiftungen mehr und mehr der offenen Armenpflege zugewandt und zugleich polizeiliche Maassregeln zur Bekämpfung von Armuth und Bettelei ergriffen wurden. Einen völligen Umschwung bedeutet die in den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts erfolgte Gründung der Pfarr-Armeninstitute, deren Grundstock milde Stiftungen und Schenkungen bildeten. Da jedoch diese Einkünfte zur Bestreitung der öffentlichen Armenpflege nicht ausreichten; wurden den Armeninstituten gewisse Einkünfte aus anderen Fonds gesetzlich gesichert, und als auch diese nicht ausreichten, die Inanspruchnahme der Privatwohlthätigkeit durch regelmässige Sammlungen gestattet. Die Entwicklung der Armeninstitute gestaltete sich in den verschiedenen Ländern verschieden. Das Verhältniss der Zahl der Institute zur Einwohnerzahl ist am günstigsten in Tirol, wo seit Alters her eine intensive Armenpflege besteht, und wo auf 1066 Einwohner ein Institut entfällt; dann folgen Salzburg, Schlesien, Böhmen; die geringste Zahl der Institute findet sich in Galizien und der Bukowina. Das Gemeinde-Gesetz vom 17. März 1849 verpflichtete die Gemeinden in den Fällen, in denen die Mittel der Wohlthätigkeitsanstalten zur Armenversorgung nicht ausreichten, das Fehlende aus der Gemeindekasse zu bestreiten. Der in der österreichischen Gesetzgebung festgehaltene Grundsatz, dass die Pflicht der Versorgung in letzter Linie die Heimathsgemeinde trifft, hat auch im Heimathsgesetz Ausdruck gefunden. Der Anspruch auf Armenunter-

stützung ist in Oesterreich ein Ausfluss des Heimathsrechts in der Gemeinde.

Die Verwaltung der Armeninstitute lag in der Hand der Pfarrer, denen sog. Armenväter, aus den angesehensten und vertrauenswürdigsten Gliedern der Gemeinde gewählt, und ein Rechnungsführer zur Seite gesetzt wurden. Die Gemeinden waren zur Anstellung von Armenärzten nicht durchweg verpflichtet; wo solche nicht angestellt waren, traten die staatlichen Sanitätsbeamten subsidiär ein, und übernahm der Staat, in soweit es sich um epidemische Krankheiten handelte, die Kosten für die Behandlung armer Kranker. Nachdem durch das Reichs-Sanitätsgesetz vom 30. April 1870 die Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes den Landesvertretungen übertragen war, ging die Armenpflege allmählich auf die politischen Gemeinden über, jedoch ist dieser Schritt zur Zeit noch nicht in allen Landestheilen durchgeführt. In den Nordwest- und Alpenländern ist dieser Entwicklungsgang bereits beendet, obwohl auch hier noch einige Städte mit kirchlicher (Salzburg) oder Vereinsarmenpflege (Gablonz) sich finden. Mit Ausnahme von Salzburg, Görz und Gradiska hat der Gemeinde-Sanitätsdienst inzwischen in allen Ländern Cisleithaniens eine gesetzliche Grundlage erhalten. Danach ist jede Gemeinde verpflichtet, zum Zwecke der entsprechenden Versorgung der ihr mit dem § 5 des Reichs-Sanitäts-Gesetzes vom 30. April 1870 zugewiesenen Sanitätsangelegenheiten, wozu auch die Fürsorge für Hülfeleistungen bei Erkrankungen gehört, entweder für sich allein, oder im Verein mit anderen Gemeinden einen Gemeindearzt, dessen Dienstbezüge durch besonderes Uebereinkommen festzusetzen sind, zu bestellen. In Mähren wurde der Gemeinde-Sanitätsdienst durch das Gesetz vom 10. Februar 1884 geregelt, so dass Ende 1886 die Organisation als durchgeführt bezeichnet werden konnte. Gegenwärtig besitzt Mähren 331 Sanitätsdistricte und 58 Sanitätsgemeinden, von denen 206 Districte und 3 Gemeinden vom Lande subventionirt werden. Das Gehalt der angestellten Aerzte beläuft sich in den subventionirten Landestheilen auf durchschnittlich 373, in den nicht subventionirten Landestheilen auf 317 Gulden. Desgleichen war in Galizien im Sinne des Landesgesetzes vom 2. Februar 1891 die Organisirung des Sanitätsdienstes im Jahre 1893 in 44 selbstständigen Sanitätsgemeinden durch Anstellung von 61 Stadtärzten mit einem Kostenaufwande von jährlich ca. 46000 Gulden durchgeführt; ausserdem besaßen noch 93 Städte Gemeindeärzte. Schon vorher war der Gemeinde-Sanitätsdienst in den Kronländern Dalmatien, Istrien, Kärnten, Tirol und Vorarlberg und weiterhin in Böhmen, der Bukowina, Krain und Steiermark geregelt, desgleichen in Oberösterreich durch das Gesetz vom 22. September 1893, während in Schlesien der Gemeinde-Sanitätsdienst erst im Jahre 1895 gesetzlich eingeführt wurde. Durch die Bestimmungen dieser Gesetze, welche in den einzelnen Kronländern verschieden lauten, wurden kleinere Gemeinden zu Sanitäts-sprengeln vereinigt, während grössere einen Sprengel für sich bilden. In jedem dieser Sprengel functionirt ein Arzt, der in einigen Kronländern

von den Vertretungen der Sprengel ernannt, in andern von diesen nur vorgeschlagen und vom Landesausschusse ernannt wird, während in einigen Kronländern unter gewissen Bedingungen noch beide Modalitäten Platz greifen. Der bestellte Arzt, welcher in Eid genommen wird, bekleidet ein öffentliches Amt. Seine Bezüge, die er in einigen Kronländern von den Gemeinden, event. mit Beiträgen des Landes, in anderen nur vom Lande erhält, sind in den einzelnen Kronländern verschieden geregelt. So bezieht der Districtsarzt in Krain, der Anspruch auf Alterszulage und Pension hat, ein Gehalt von 600 bis 800 Gulden, während in anderen Kronländern die Bestimmung der Bezüge dem Uebereinkommen mit den Gemeinden oder den Vertretern des Sprengels überlassen ist. Einige Gesetze normiren hierbei Minimalgehälte von 4 bis 500 Gulden. Anspruch auf Pension haben jedoch gegenwärtig nur die Aerzte in Krain. Dienstinstructionen bestimmen in den meisten Kronländern den Umfang der Thätigkeit dieser Gemeindeärzte. Zur Competenz der Staatsverwaltung gehört in Oesterreich ausser der Oberaufsicht über das gesammte Sanitätswesen und das Sanitätspersonal sowie die oberste Leitung der Medicinalangelegenheiten die Oberaufsicht über Kranken-, Irren-, Findel- u. s. w. Anstalten, Impfinstitute, Siechenhäuser etc., Handhabung der Gesetze über ansteckende Krankheiten, über Epidemien sowie Thierseuchen, über den Verkehr mit Giften und Medicamenten, die Leitung des Impfwesens, die Regelung und Ueberwachung des gesammten Apothekenwesens, die Anordnung und Vornahme sanitätspolizeilicher Obductionen, die Ueberwachung der Todtenschau und des Begräbnisswesens. Den Gemeinden obliegt in selbständigem Wirkungskreise:

- a) die Handhabung der sanitätspolizeilichen Vorschriften in Bezug auf Strassen, Wege, Plätze, Wohnungen, Canäle, Senkgruben, fliessende und stehende Gewässer, Trink- und Nutzwasser, Lebensmittel, öffentliche Badeanstalten,
- b) die Fürsorge für die Erreichbarkeit der nöthigen Hülfe bei Erkrankungen und Entbindungen sowie für Rettungsmittel bei plötzlichen Lebensgefahren,
- c) die Controle der nicht in öffentlichen Anstalten untergebrachten Findlinge, Taubstummen, Irren und Idioten sowie die Ueberwachung der Pflege dieser Personen,
- d) die Einrichtung, Instandhaltung und Ueberwachung der Leichenkammern und Begräbnissplätze,
- e) die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Viehmärkte und Viehtriebe,
- f) die Errichtung und Instandhaltung der Wasenplätze.

Ausser diesen sind den Gemeinden noch folgende Functionen auf sanitätspolizeilichem Gebiet vom Staate übertragen worden:

- a) die Durchführung der örtlichen Vorkehrungen zur Verhütung ansteckender Krankheiten und ihrer Weiterverbreitung,
- b) die Handhabung der sanitätspolizeilichen Verordnungen und Vorschriften über Begräbnisse,

e) die Todtenschau,

d) die Mitwirkung bei allen von der politischen Behörde im Gemeindegebiet vorzunehmenden sanitätspolizeilichen Augenscheinen und Commissionen, insbesondere bei der öffentlichen Impfung, Obductionen, Verhütung von Viehseuchen,

e) unmittelbare Ueberwachung der in der Gemeinde befindlichen privaten Heil- und Gebäranstalten,

f) unmittelbare Ueberwachung der Wasenplätze und Wasenmeistereien,

g) periodische Erstattung von Sanitätsberichten an die politischen Behörden.

In Städten mit eigenem Statut, das heisst in selbständigen Städten bestehen ein oder mehrere von der Stadtvertretung bestellte Stadtärzte, welchen sowohl die Functionen der Gemeindeärzte wie die der k. k. Bezirksärzte übertragen sind.

In Niederösterreich, dessen Armenwesen gleichfalls dringend reformbedürftig war, wurde durch das Gesetz vom 13. October 1893 das individualisirende Elberfelder System, das bisher nur sehr vereinzelt in einigen Städten der Monarchie (Trautenau u. a.) zur Durchführung gelangt war, mit Ausnahme von Wien, für die gesammte Armenverwaltung eingeführt, und gleichzeitig sämmtliche Armenverwaltungen sowohl der Städte, wie des flachen Landes zu grösseren Armenverbänden zusammengefasst, die gemeinschaftlich verwaltet werden und aus gemeinschaftlichen Mitteln wirthschaften. Dieses Gesetz erstrebt durch die Zusammenlegung der Gemeinden zu grösseren Armenbezirken eine Ausgleichung zwischen leistungsunfähigen und wohlhabenden Gemeinden. Abweichend von dem Elberfelder System sind die Armenpfeger und die Armencommissionen von der Vertheilung der Unterstützungen, über die der Bezirksarmenrath entscheidet, ausgeschlossen. Sehr nachahmungswerth ist die vom niederösterreichischen Landtag beschlossene Bestellung von 6 Armeninspectoren, welche das Land nach allen Richtungen zu bereisen, das Armenwesen zu prüfen, die Ausübung der Armenpflege zu überwachen und über ihre Erfahrungen dem Landesausschusse zu berichten haben.

Ein gesetzlicher Kinderschutz ist in Steiermark eingerichtet. Das im Jahre 1896 in Kraft getretene Kinderschutz-Gesetz bezieht sich auf alle Kinder unter 2 Jahren. Die Ueberwachung der Kinder geschieht durch den Ortsarmenrath, und zwar durch eines seiner Mitglieder, vierteljährlich mindestens einmal. Ausserdem hat der Gemeindecarzt jedes Kind binnen 4 Wochen nach seiner Uebergabe in die Pflege zu inspiciiren und durch jährlich zweimalige Besuche sich von dem Befinden desselben zu überzeugen. Besonders werthvoll ist die Bestimmung, dass der Landesausschuss auf Bestellung einer wirksamen Vormundschafft sowie auf Wahrung der Rechte der Pflegekinder hinzuwirken hat.

Seit dem Inkrafttreten der Gemeinde-Sanitätsorganisation in Oesterreich hat die allgemeine Erkenntniss von der Nothwendigkeit und Nütz-

lichkeit sanitärer Verbesserungen entschieden Fortschritte gemacht. Die Armenbehandlung wird erfolgreich durchgeführt, und die Todtenschau liegt durchweg den Aerzten ob. Bemerkenswerth ist vor Allen die Abnahme der Sterblichkeit an Infectionskrankheiten seit Einführung der Organisation.

Während in Deutschland und Oesterreich die Fürsorgepflicht eine Consequenz des der Gemeinde obliegenden Berufes ist, für die Erfüllung der Aufgaben des örtlichen Gemeindelebens zu sorgen, ist dieselbe in der Mehrzahl der Schweizer Cantone mehr ein Ausfluss des durch den corporativen Verband gegebenen Verhältnisses der Gemeindegossen zu einander und hat hier sogar zur Scheidung der Gemeinde in eine Armen- und Bürgergemeinde einerseits und eine Einwohnergemeinde andererseits geführt. Die Zugehörigkeit zu ersterer, der die Pflicht der Armenversorgung obliegt, wird durch Abstammung oder Einkauf, die zu letzterer durch thatsächliches Wohnen erworben. Nach dem Armengesetz des Cantons Bern vom Jahre 1857/58 ist die Armenpflege eine örtliche, auf dem Princip der Einwohnergemeinde beruhende. Das Gesetz unterscheidet zwei Arten von Armen, die Notharmen, die, ohne jedes Vermögen, nicht im Stande sind, durch geistige oder körperliche Arbeit für ihren Unterhalt zu sorgen, und die Dürftigen, die zwar arbeits- und erwerbsfähig, aber zeitweise an den unentbehrlichsten Bedürfnissen des Lebens Mangel leiden. Der Etat beider Klassen von Armen wird getrennt verwaltet. Der Staat theiligt sich an der örtlichen Pflege der Notharmen durch directe Beiträge an die Gemeinde-Armenbehörde. Die Behörden für die Notharmenpflege sind in erster Linie die Gemeinderäthe, welchen die Feststellung des Notharmen-Etats, die Führung des Rechnungswesens und die Versorgung der Notharmen obliegt. Hierin werden dieselben controlirt durch die vom Staate bestellten Armeninspectoren. Die Pflege der zweiten Klasse von Armen, der „Dürftigen“, besorgt nach dem Gesetz die „organisirte freiwillige Wohlthätigkeit“, zu welchem Zweck den Gemeinden die Bildung besonderer Kassen, sogen. „Spendkassen“, vorgeschrieben ist. Die auswärtige Armenpflege besorgt der Staat. Die Niederlassung wurde geregelt durch das Niederlassungsgesetz vom 17. Mai 1869, das an der Verbindung von Wohnsitz und Armengenössigkeit festhält.

Die Ausdehnung der Armenpflege auf die „Dürftigen“ und der Uebergang zur örtlichen Armenpflege sind die wichtigsten Fortschritte des Armengesetzes des Canton Bern von 1857/58 gegenüber der früheren Gesetzgebung. Bezüglich der vorbeugenden Armenpflege ist von besonderer Bedeutung, dass in die neue bundesgenössische Verfassung vom 4. Juni 1873 im Artikel 91 dem Staate die Verpflichtung auferlegt ist, auf die möglichste Beseitigung der Ursachen der Verarmung hinzuwirken und ihm die Aufgabe zugewiesen wird, für Ausgleichung der Armenlast und Entlastung der Gemeinden zu sorgen. Hierfür bestimmte Normen zu finden und durchzuführen, ist eine der wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiete der Armengesetzgebung. — Endlich verdient von ausserdeutschen

Ländern noch Erwähnung, dass durch die in Russland im Anfang der Regierung Alexanders II. erfolgte Organisation der örtlichen Selbstverwaltung in Form der sog. „Landschaften“ (Kreis- und Gouvernementslandschaften) durch Schaffung der Landschaftsärzte und Landkrankenhäuser auf dem Gebiet der Volksgesundheits- und Armenkrankenpflege Hervorragendes geleistet ist. Die Landschaftsärzte, die an die Stelle der früheren ungebildeten Feldscherer zu treten berufen sind, haben Jeden, der ihre Hilfe sucht, in ihrer Poliklinik oder im Falle einer schweren Erkrankung im Krankenhause unentgeltlich zu behandeln.

In Deutschland hat die sociale Gesetzgebung der letzten beiden Jahrzehnte den Zweck, den Zustrom von Verarmten abzdämmen durch Krankenkassen, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherung. Durch die Fürsorge des Staats wird mancher Kranker, der früher einen Arzt nicht zuzog, vor dauerndem Siechthum und damit vor dauernder Verarmung bewahrt; die Armenfürsorge ist zum Theil durch Versicherung ersetzt. Hieraus erklärt es sich, dass beispielsweise in Schleswig-Holstein die Zahl der Insassen in den Armen-Arbeitshäusern in den letzten Jahren zurückgegangen ist, und dass unter den Armen überwiegend Leute im Alter von über 50 Jahren und Kinder sich finden, während die mittleren Altersklassen einen Rückgang erkennen lassen.

Aber die socialpolitische Gesetzgebung bleibt unvollständig, so lange es nicht gelingt, die gesetzliche Regelung des Armenwesens so zu gestalten, wie es ethische, volkswirtschaftliche und vor Allem auch hygienische Rücksichten erfordern. Hier bessernd einzugreifen, ist eine der wichtigsten Aufgaben der Socialhygiene, und da es Pflicht der Gemeinde ist, die Kosten für die Krankheiten der ärmeren Bevölkerung wie für die Versorgung der mittellos Gewordenen aufzubringen, so hat die Gemeinde, die ausserdem durch jede Epidemie in ihrem Handel und Erwerb aufs Empfindlichste geschädigt wird, das grösste Interesse an einer gut geleiteten Hygiene. Je mehr die Lebenslage, und zwar nicht nur die materielle, der untersten Volksschichten gebessert wird, um so einheitlicher und fester wird das Gefüge des Organismus, um so kräftiger wird der sociale Volkskörper sich entwickeln; je grösser der Unterschied in wirtschaftlicher und geistiger Beziehung zwischen den verschiedenen neben einander bestehenden Volksklassen, um so loser der organische Zusammenhang, und um so leichter materielle und sittliche Verderbniss einzelner Theile, durch die wieder das Ganze mehr oder weniger schnell in Mitleidenschaft gezogen wird. In dieser Hinsicht ausgleichend zu wirken, ist das Ziel einer erweiterten öffentlichen und einer richtig geleiteten privaten Armenpflege, indem beide nach Kräften bemüht sein sollen, nicht bloss die Besitzlosen gegen Krankheit und Noth sicher zu stellen, sondern auch auf den Einzelnen erzieherisch zu wirken, und weiter die in den Armen vorhandenen Arbeitskräfte zu wecken und die Ursachen der Armuth zu beseitigen. Freilich handelt es sich bei dieser erweiterten Armenpflege um ausserordentlich schwierige Aufgaben, die die einzelnen Gemeinden bei der Verschiedenheit des Umfangs und der Bedeutung der

Gemeinden als Wirthschaftskörper nur unter besonders günstigen Verhältnissen zu lösen im Stande sein werden, um die Erziehung der unteren Volksklassen zu geregelter Thätigkeit und wirthschaftlicher Selbstständigkeit und um die Ermöglichung einer gesundheitsgemässen Lebensführung. Es ergiebt sich aber hieraus ferner, dass die Kenntniss der Grundsätze einer richtigen Armenverwaltung für jede Gemeinde immer unerlässlicher wird. Eine auf die Ermittlung der Arbeits- und Lohnverhältnisse, die Armuthsursachen, die Ausgaben der offenen und geschlossenen Armenpflege gerichtete vergleichende Statistik ist hierzu die erste Voraussetzung.

Als die auf der wirthschaftlichen Stufenleiter niedrigst stehende Schicht der deutschen Bevölkerung, deren Lebenslage im Allgemeinen als die Grenze bezeichnet werden muss, wo die Armuth beginnt, dürfte die in gewissen Zweigen der Hausindustrie beschäftigte Arbeiterbevölkerung zu erachten sein, wie die Handweber in Schlesien, im Eulengebirge und Erzgebirge, die Strumpfwirker und Klöpplerinnen im Erzgebirge, die hausindustriellen Arbeiterinnen in der Wäsche- und Confectionsbranche. Eine solche Familie verdient zu ihrem Lebensunterhalt kaum mehr, als sie im Wege einer geordneten Armenpflege erhalten würde, wenn sie arbeitslos wäre. Hausindustriell thätige Familien von 4 bis 6 Köpfen und einem Einkommen von 6 bis 7 Mark wöchentlich gehören im Erzgebirge sowie in Schlesien keineswegs zu den Seltenheiten. Die Hauptnahrung besteht in Mehlsuppe, Kartoffeln und Brot, dazu etwas Butter oder geschmolzenes Rinderfett; ausserdem Kaffee, Mager- oder Buttermilch. Gemüse, ausser dem sog. Kraut, ist selten, und dasselbe gilt vom Fleisch, das am häufigsten noch als Hering auf den Tisch kommt. Bier und Brantwein werden in den schlechtesten Qualitäten getrunken. Wenn diese Leute auch im Allgemeinen gesund erscheinen, sind sie doch nur wenig widerstandsfähig und thatkräftig, und es erklärt sich mit hieraus die bekannte Thatsache, dass trotz allen Familienelends bis in die jüngste Zeit der Sohn immer wieder das traurige Gewerbe des Vaters fortsetzt, statt sich einem andern lebensfähigeren Erwerbszweige zuzuwenden.

Etwas höher auf der socialen Stufenleiter, als diese Hausindustriellen, steht der landwirthschaftliche Arbeiter, der jedoch in Zeiten der Noth und in Krankheitsfällen gleichfalls meist auf fremde Hilfe angewiesen ist.

Aus dem Charakter der ländlichen Bevölkerung erklärt es sich, dass die Armenfürsorge in den eigentlichen ländlichen Gemeinden vielfach eine harte und häufig eine rücksichtslose ist, abhängig in erster Linie von der Individualität des Gemeindevorstehers und seinem Verständniss für die Aufgaben der Armenpflege. Diese grössere Härte führt direct zu physischen und moralischen Missständen, wenn es sich um Erkrankungen Ortsarmer oder um die Fürsorge für Waisen oder verlassene Kinder oder endlich um Sieche und Gebrechliche handelt, aber sie führt auch indirect zu einer Schädigung der öffentlichen Gesundheit im Allgemeinen, indem sie alle diejenigen Factoren vernachlässigt, die Voraussetzung einer gesundheitsgemässen Lebensführung sind.

Wie sehr neben der Sorge für Reinlichkeit und zweckmässige Ernährung tadellose Haus- und Gemeindeeinrichtungen auch im wirthschaftlichen Interesse der Communen gelegen sind, zeigen die in einer Reihe von Städten (München, Danzig, Berlin u. a.) gemachten Erfahrungen. In Berlin ist die Mortalität in den letzten 15 Jahren um ca. 7 pM. zurückgegangen, d. h. es starben im Jahre etwa 10000 Menschen weniger als früher. Diese Zehntausend, die jährlich weniger sterben, repräsentiren einen volkwirthschaftlichen Gewinn von etwa 10 Millionen Mark. Rechnen wir, dass die hygienischen Werke, denen Berlin die Besserung seiner Gesundheitsverhältnisse in erster Linie verdankt (Canalisation etc.) ungefähr das dreifache gekostet haben, so hat sich das hierin angelegte Kapital mit ungefähr 30 Procent verzinst. In der Armee ist die Mortalität in den letzten 50 Jahren um 78 Procent, in den letzten 20 Jahren um 54 Procent zurückgegangen; es sind das ganz gewaltige Geldwerthe, die diese Zahlen repräsentiren und die auf p. p. 50 Millionen pro Jahr sich berechnen lassen. Die verheerendste aller Seuchen, die Tuberkulose, der in Preussen im erwerbsfähigen Alter jährlich etwa 70000 Menschen zum Opfer fallen, stellt einen volkwirthschaftlichen Verlust von ungefähr 100 Millionen Mark alljährlich dar.

Nach der auf Grund der Beschlüsse des Bundesraths vom 24. Juni 1884 erhobenen Armenstatistik wurden im Jahre 1885 in Deutschland 3,40 pCt., in Preussen 3,37, in Elsass-Lothringen 4,70, in Bayern 2,80 pCt. der Bevölkerungszahl unterstützt. Die höchsten Ziffern zeigte Hamburg mit 9,66, Mecklenburg-Strelitz mit 8,12, Bremen mit 6,84 und Lübeck mit 6,14 pCt. Unterstützten; die niedrigsten Armenziffern hatten die mitteldeutschen Staaten Sachsen-Altenburg, Schwarzburg-Sondershausen und -Rudolstadt, demnächst Sachsen-Weimar und Sachsen-Meiningen mit 1,77 bis 2,40 pCt.

Von den einzelnen Provinzen Preussens zeigte die höchste Zahl der Unterstützten der Stadtkreis Berlin mit 6,63 pCt., demnächst Ostpreussen mit 4,01 und Westpreussen mit 3,87 pCt. der Bevölkerungszahl; die niedrigsten Armenziffern hatten Sachsen mit 2,40, Hannover mit 2,46 und Brandenburg mit 2,65 pCt. der am 1. December 1885 ermittelten Bevölkerungsziffer.

Noch erheblichere Differenzen ergaben sich bei Vergleichung der einzelnen Bezirke unter einander. In Procenten der Bewohnerzahl von 1885 wurden unterstützt im Regierungsbezirk Köslin 2,46, Stettin 3,35 und Stralsund 5,12. Bei Beschränkung der Untersuchung auf die Seitens der Ortsarmenverbände unterstützten Personen betragen die Ziffern 2,3, 3,31 und 4,9 pCt. der am 1. December 1880 ortsanwesenden Bevölkerung, so dass der Regierungsbezirk Stralsund nächst dem Stadtkreis Berlin mit 6,63 und dem Regierungsbezirk Danzig mit 5,16 pCt. die höchste Armenziffer aufweist; ihm schliessen sich an die drei rheinischen Bezirke Aachen, Köln und Düsseldorf, während die niedrigsten Armenziffern Trier mit 1,96, Minden mit 1,97, Merseburg mit 2,02 und Kassel mit 2,10 pCt. aufweisen. Aehnliche Unterschiede in der Armenzahl der verschiedenen

Bezirke derselben Provinz, wie sie Pommern, Westfalen und die Rheinprovinz zeigen, kehren auch in Hannover wieder, wo dem Regierungsbezirk Hildesheim mit 2,23 pCt. Unterstützten der viel ärmere und an Haide- und Moordörfern reichere Bezirk Aurich mit 3,58 pCt. Unterstützten gegenübersteht. Aus der Armenstatistik des Jahres 1885 ergibt sich, dass die städtischen Armenverbände weitaus den höchsten Procentsatz an Unterstützten aufweisen, in zweiter Linie folgen die Gutsbezirke und zuletzt die Landgemeinden. Es ergibt sich ferner aus der Armenstatistik des Jahres 1885, dass es im Allgemeinen die wohlhabenderen Gegenden sind, in denen die Armenlast den grössten Umfang erreicht, dass die Anzahl der Unterstützten nicht allein von dem Unterstützungsbedürfniss, sondern ebenso sehr, wenn nicht mehr, von der Möglichkeit abhängt, dasselbe zu befriedigen. In West- und Ostpreussen unterscheiden sich namentlich die Niederungen der Weichsel und des Memel nach Fruchtbarkeit des Landes und Höhe der Armenlast sehr wesentlich von den rauhen Gegenden des pommerschen und preussischen Landrückens, und dasselbe kehrt wieder in den westlichen Provinzen sowie in dem Grossherzogthum Oldenburg. Ausser der Wohlhabenheit sind es die Erwerbsverhältnisse und Lebensgewohnheiten, die für die Höhe der jeweiligen Armenziffer bestimmend in Betracht kommen; von Bedeutung ist ferner der Entwicklungsgrad, den die private und Vereinsarmenpflege in den einzelnen Bezirken erlangt hat.

Fast ununterbrochen sinkt die Armenziffer mit der absteigenden Bevölkerungszahl der Städte, und ohne jede Unterbrechung zeigt der Armenaufwand eine Verminderung von Stufe zu Stufe mit der herabgehenden Bevölkerungsziffer der Städte.

Während in den Städten von über 100000 Einwohnern der Aufwand für Armenzwecke auf 100 Einwohner 441 Mark betrug, sinkt derselbe in den Städten von 50- bis 100000 Einwohnern auf 321 Mark bei 6,91 pCt. Unterstützten, in den Städten von 20- bis 50000 Einwohnern auf 283 Mark bei 6,31 pCt. Unterstützten, in den Städten von 10- bis 20000 Einwohnern auf 263 Mark bei 5,53 pCt. Unterstützten, in den Städten von 5- bis 10000 Einwohnern auf 221 Mark bei 4,97 pCt. Unterstützten, in den Städten mit 2- bis 5000 Einwohnern auf 182 Mark bei 4,32 pCt. Unterstützten, und endlich in den Städten unter 2000 Einwohnern auf 162 Mark bei 2,52 pCt. Unterstützten. Nach der Statistik des Armenwesens für das Grossherzogthum Oldenburg betrug im Durchschnitt der Jahre von 1861 bis 1890 die jährliche Ausgabe für einen Armen

in der reichen Marsch	74,80 Mark,	
in der Geest	63,63	„ und
in dem armen Münsterlande	45,58	„ oder es kamen
an Gesamttarmenkosten auf einen Einwohner		
in der Marsch	3,68 Mark,	
in der Geest	2,32	„
im Münsterlande	1,15	„

In Uebereinstimmung hiermit ist die Höhe der Armenausgaben in den Städten eine höhere als in den Landgemeinden. In Preussen betragen die von den Armenverbänden gemachten Armenausgaben auf den Kopf der Bevölkerung 1,94 Mark, und zwar in den Städten 3,39, in den Gutsbezirken 1,78, in den Landgemeinden und gemischten Verbänden 0,89 und 0,73 Mark pro Kopf. Dem gegenüber betragen die auf den Kopf der Bevölkerung entfallenden Armenausgaben im Regierungsbezirk Köslin im Jahre 1885 0,98 Mark, und zwar in den Städten 2, in den Gutsbezirken 0,9, in den Landgemeinden und gemischten Verbänden 0,4 Mark. Entsprechend der höheren Armenziffer stieg die Armenausgabe im Regierungsbezirk Stettin auf 1,6 und im Regierungsbezirk Stralsund auf 2,2 Mark pro Kopf der Bevölkerung. Im Regierungsbezirk Köslin ist in diesen Zahlen eine wesentliche Aenderung inzwischen nicht eingetreten; auf den Kopf der Bevölkerung entfielen in den Städten des Bezirks in den letzten Jahren Armenausgaben in Höhe von 1,30 bis 2,50 Mark, in den Landgemeinden von 0,04 bis 2 Mark.

Wie verschieden die Kosten der öffentlichen Armenpflege in den verschiedenen Städten sich gestalten und wie die Höhe der Aufwendungen keineswegs immer der Einwohnerzahl der Städte parallel geht, zeigt ein Blick auf die Etats der städtischen Communen: so beliefen sich in Bielefeld die Kosten der Armenpflege im Etatsjahr 1883/84 auf 1,67 Mark pro Kopf, in Paderborn auf 3,53 Mark; die laufenden Kosten der Armenpflege waren in Paderborn fast ebenso hoch wie in Bielefeld, trotzdem die Einwohnerzahl noch nicht die Hälfte derjenigen von Bielefeld betrug. Dasselbe bestätigen die Erfahrungen in anderen Bezirken. Dem entsprechend gestaltet sich das Verhältniss der Armenausgaben zum Gesamthaushalt sehr verschieden und bewegt sich beispielsweise in den Städten des Regierungsbezirks Köslin zwischen 10 und 25 pCt. des letzteren, während die Ausgaben für Armenzwecke auf dem Lande noch viel erheblichere Unterschiede zeigen und von wenigen Procenten bis zu 90 pCt. und darüber des Staatssteuersolls betragen.

Neben der Schullast und der Wegebaulast ist die Armenfürsorge die Hauptquelle finanziellen Drucks für die Gemeinden, der im Allgemeinen um so empfindlicher sich bemerklich macht, je kleiner die Gemeinden sind. Es kommt hinzu, dass die gesetzliche Armenpflege weniger als andere Lasten der Gemeinden eine sichere Vorausberechnung zulässt: Krankheiten oder Unglücksfälle sind im Stande, die Armenziffer binnen kurzer Zeit sehr erheblich emporzuschellen, und schon einzelne oder gar ein einziger Armenfall, bei dem eine kostspielige Anstaltspflege in Frage kommt, vermag die Armenlast eines kleinen Gemeinwesens um das Doppelte zu steigern. Wenn trotzdem der Staat die Gemeinden, ohne Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit, zu Hauptträgern der Armenlast bestimmt hat, so hat er andererseits in der Bildung von Gesamtarmen- und Specialverbänden für gewisse Zwecke der öffentlichen Armenpflege wie in der Uebernahme gewisser Aufgaben seitens der Landarmen-

verbände die Möglichkeit gegeben, den Druck etwas gleichmässiger zu gestalten, während die Verpflichtung der Landarmenverbände, bei nachgewiesenem Unvermögen den Gemeinden Beihilfen zu gewähren, keine ausgleichende Wirkung herbeizuführen geeignet ist, da dieselbe fast immer auf den äussersten Nothfall absolutesten Unvermögens sich beschränkt. Nach der Armenstatistik des Jahres 1885 machten diese Beihilfen noch nicht $1\frac{1}{2}$ pM. der Ausgaben der Gemeinden aus.

Demselben Zweck, diese Leistungsunfähigkeit, insbesondere der ländlichen Gemeinden nach Möglichkeit zu beseitigen, dient auch die neue für die sieben östlichen Provinzen der Monarchie erlassene Landgemeinde-Ordnung vom 3. Juli 1891. Da in den östlichen Provinzen die Unterstützungsterritorien der ländlichen Gemeinden im Allgemeinen viel zu klein sind, um den Zwecken der Armenpflege nach allen Richtungen zu genügen, bestimmt der § 131 der Landgemeinde-Ordnung, dass zum Zwecke der Fürsorge für die öffentliche Armenpflege nachbarlich gelegene Landgemeinden und Gutsbezirke zu Gesamt-Armenverbänden entweder freiwillig sich zusammenthun, oder wenn eine Einigung zwischen den Beteiligten nicht zu erzielen ist und das öffentliche Interesse dies erheischt, durch den Oberpräsidenten zu einem Gesamt-Armenverband vereinigt werden sollen. Der Verbandsausschuss und der Verbandsvorsteher vertreten den Gesamt-Armenverband. Die Rechtsverhältnisse der Verbände werden durch Statut geregelt, das die Rechte und Pflichten des Verbandes, die Vertheilung der Kosten etc. festsetzt und der Bestätigung des Kreis Ausschusses bedarf; kommt ein solches Statut durch freie Vereinbarung nicht zu Stande, so ist der Kreis Ausschuss ermächtigt, ein solches festzusetzen.

Im Allgemeinen ist bisher von dieser Befugniss zur Bildung von Gesamt-Armenverbänden nur vereinzelt Gebrauch gemacht, und zwar fast ausschliesslich seitens zusammengehöriger und an einander grenzender Guts- und Gemeindebezirke.

Durch die neue sociale Gesetzgebung ist die Arbeiterbevölkerung in erheblichem Maasse vor Inanspruchnahme öffentlicher Armenpflege bewahrt worden; in einzelnen Armenverbänden haben sich die Ausgaben für vorübergehende Unterstützung an arme Kranke, in anderen die Kosten der gesammten offenen Armenpflege nicht unwesentlich verringert, wie aus den Etats einer Reihe von Städten — Minden, Barmen, Paderborn, Dortmund, Köln, Kiel, Halle u. a. — hervorgeht. Nach einer Mittheilung des Stadtraths in Mannheim sind dort die Armenanstalten seit Einführung der Kranken- und Unfallversicherung stetig gefallen; dieselben betragen im Jahre 1880 pro Kopf 3 M. 20 Pf., im Jahre 1890 2 M. 70 Pf., und im Jahre 1893 2 M. 30 Pf. Auch die Zuschüsse, die für Erhaltung des Krankenhauses seitens der Stadt gezahlt werden, sind gleichmässig zurückgegangen. Dem entspricht ein zum Theil nicht unbedeutender Rückgang der im Wege der öffentlichen Armenpflege unterstützten Personen bei steigender Bevölkerungsziffer, wie ein solcher aus vielen Städten, namentlich auch Schlesiens, gemeldet wird.

Nach den Erhebungen von Freund ist es in erster Linie die Krankenversicherung, die durch die rechtzeitige Gewährleistung ärztlicher Hilfe bis zur völligen Wiederherstellung schon jetzt in hervorragendem Maasse krankheits- und siechthumsverhütend gewirkt hat, eine Wirkung, die nicht auf die Versicherten beschränkt bleibt, sondern vielfach auch den nicht versicherten Familienangehörigen zu gute kommt, indem auch hier in Erkrankungsfällen ärztliche Hilfe früher als sonst in Anspruch genommen wird. Nächst dem ist es die Unfallversicherung, die auf die Armenpflege entlastend wirkt; soweit statistische Angaben vorliegen, ist der Einfluss derselben auf die Almosenpflege schon jetzt unverkennbar. Noch bedeutender wird aller Voraussicht nach die Invaliditäts- und Altersversicherung die Armenpflege zukünftig beeinflussen, da Alter und Siechthum auch die Hauptursachen der dauernden Unterstützung der Armenverbände darstellen. Es kommt hinzu, dass die Krankenkassen länger als 52 Wochen Krankenunterstützung nicht gewähren dürfen, und dass auch hier die Invaliditätsversicherung ergänzend eintritt. Endlich dürfte es keinem Zweifel unterliegen, dass dem § 12 des Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetzes, wonach den Versicherungsanstalten die Befugniss zusteht, für die bei ihnen versicherten Personen die Krankenfürsorge zu übernehmen, sofern als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, zu besorgen ist, bezüglich der Verhütung und Heilung chronischer Leiden eine hervorragende Bedeutung zukommt und noch mehr zukommen wird, wie es speciell gegenüber der Tuberculose durch das Vorgehen seitens einzelner Versicherungsanstalten schon jetzt thatsächlich dargethan wird.

Aus andern Armenverbänden, namentlich aus vielen Städten, lauten die Berichte dahin, dass die Kosten für Armenzwecke ohne das Krankenkassengesetz, Unfall-, Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetz erheblich höhere gewesen sein würden. In Berlin hat sich diese entlastende Wirkung der socialen Gesetzgebung auf die Armenpflege in einem fortschreitenden Rückgang der Hauskranken bemerklich gemacht. Wenn trotzdem hier wie in andern Städten eine unmittelbare Entlastung der Armenpflege in Bezug auf die Höhe der Kosten sich nicht geltend gemacht hat, die Ausgaben vielmehr von Jahr zu Jahr gestiegen sind, so erklärt sich dies daraus, dass die Arbeiterversicherung auf die Hebung der gesammten Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsklassen schon jetzt einen solchen Einfluss ausgeübt hat, dass die Armenverwaltung die Entlastung, welche ihr von der einen Seite zu Theil wurde, benutzen musste, um nach der andern Seite um so eingreifender zu helfen, dass also als Gewinn eine grössere und intensivere Fürsorge für die Armen eingetreten ist.

Auch die Thatsache, dass nach den Ergebnissen der Armenstatistik in Bayern, Sachsen und andern Ländern die Zahl der Unterstützten fortschreitend zurückgeht — in Sachsen von 1,67 Procent der Bevölkerung im Jahre 1885 auf 1,51 im Jahre 1890 — dürfte in ursächlicher Be-

ziehung zur socialen Gesetzgebung stehen. Hauptsache ist allerdings die ganze Organisation der Armenpflege. Je mehr dieselbe einheitlich geregelt und auf dem Individualprincip des sog. Elberfelder Systems aufgebaut ist, um so besser stehen sich Arme und Communen. Durch Nichts können diese Erfolge besser illustriert werden als durch einen Blick auf die Elberfelder Armenpflege: während im Jahre 1852, wo die durch mangelhafte Prüfung der Bedürftigkeit verursachte Steigerung der Armenlast zu einer Aenderung des Systems drängte, auf 1000 Einwohner 67,08 Unterstützte kamen, betrug deren Zahl im Durchschnitt der letzten 38 Jahre nur 23,29, und während die Kosten der offenen Armenpflege im Jahre 1852 sich auf 3,55 Mark auf den Kopf der Bevölkerung beliefen, sind sie im Durchschnitt der verflossenen 38 Jahre unter der Herrschaft des neuen Systems auf 1,84 Mark gesunken, ein Erfolg, der die Tragweite des individualisirenden Armenpflegesystems auch nach der finanziellen Seite aufs deutlichste darzuthun geeignet ist. Auch in andern Städten hat sich dieser Erfolg der individualisirenden Armenpflege geltend gemacht, ohne denselben indes für den Werth des Systems als ausschlaggebend heranziehen zu wollen. So machte sich in Hamburg, das erst nach der letzten Choleraepidemie zur Einführung des Elberfelder Systems übergang, schon nach den ersten Monaten des Bestehens eine erhebliche Ersparniss der Ausgaben für dauernd Unterstützte bemerklich. Voraussetzung ist dabei, dass geeignete und entsprechend ausgebildete Armenpfleger und Armenpflegerinnen zur Verfügung stehen.

In Berlin waren im Jahre 1893 für die gesetzliche offene Armenpflege 243 Bezirks-Armenkommissionen in Thätigkeit. Denselben gehörten

235 unbesoldete Vorsteher (8 je 2 Commissionen verwaltend),
236 Vorsteherstellvertreter,
117 Stadtverordnete und
2015 Mitglieder einschliesslich der Bezirksvorsteher,

zusammen 2603 Personen an.

Diese Armencommissionen zahlen die Unterstützungen selbst aus und erhalten zu diesem Zweck aus der Stadthauptkasse zu Händen des Vorstehers einen Vorschuss in Höhe des einmonatlichen Bedarfs. Rechnungslegung und Erstattung der Ausgaben erfolgen monatlich.

Laufend unterstützt wurden monatlich

Almosenempfänger	21737,
Pflegekinder	8399.

Der Geldbetrag der Unterstützung betrug monatlich durchschnittlich für einen Almosenempfänger 12,81 Mark, für ein Pflegekind 6,04 Mark. Verausgabt wurden für das gesammte Armenwesen in Berlin für das Rechnungsjahr 1892/93 12 703 484 Mark, wovon durch Einnahme gedeckt wurden 1 924 803 Mark.

Von den Almosenempfängern waren 77 pCt. über 50 Jahre alt; mehr als drei Viertel derselben gehörten dem weiblichen Geschlecht an.

In Bezug auf die Ursachen der Hilfsbedürftigkeit er giebt sich aus

der Statistik des Jahres 1885, dass ungefähr der dritte Theil in Folge eigener Erkrankung oder Erkrankung des Ernährers, der siebente Theil in Folge Altersschwäche verarmt ist. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Erforschung der Armuthsursachen auf absolute Zuverlässigkeit nicht Anspruch erheben kann, da in der Regel mehrere ursächliche Momente zusammenwirken und dem subjectiven Ermessen ein weiter Spielraum gelassen ist. Hieraus erklärt es sich, dass die vorliegenden Statistiken, insbesondere auch die in verschiedenen Ländern des deutschen Reiches erhobenen und vielfach jährlich erneuerten Armenstatistiken in der Feststellung der Ursachen der Verarmung nicht unwesentliche Unterschiede zeigen.

Die wesentlichsten Armuthsursachen in Procenten der Unterstüzten im Jahre 1885.

	1. Im Geltungsbezirk des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz Ortsarmenverbände					
	städtisch	ländlich	Guts- bezirke	gemischt	überhaupt	Land- armen- verbände
	1. Tod des Ernährers ¹⁾	14,4	21,4	35,0	20,9	17,7
2. Krankheit ¹⁾	36,1	18,7	8,0	15,2	28,5	26,2
3. Gebrechen ¹⁾	9,8	14,3	13,4	14,6	11,6	37,2
4. Altersschwäche	12,4	17,8	28,3	20,8	15,2	5,9
5. Grosse Kinderzahl	7,2	7,4	3,3	6,9	7,1	5,6
6. Arbeitslosigkeit	7,0	3,8	0,4	2,0	5,5	3,2
7. Trunksucht	1,7	2,9	1,1	3,4	2,1	1,3
8. Arbeitsscheu	0,8	1,8	0,7	1,7	1,2	1,6

	2. in Bayern Gemeinden		3. in Elsass-Lothringen Gemeinden		
	städtisch	ländlich	städtisch	ländlich	Land- u. Bezirks- armenpl.
	1. Tod des Ernährers ¹⁾	21,4	14,3	8,8	10,3
2. Krankheit ¹⁾	25,9	19,3	34,3	31,5	16,2
3. Gebrechen ¹⁾	13,8	16,0	6,6	6,6	24,4
4. Altersschwäche	12,1	15,6	12,6	15,7	0,5
5. Grosse Kinderzahl	6,6	9,4	6,1	12,4	0,4
6. Arbeitslosigkeit	8,4	7,5	17,1	9,8	0,2
7. Trunksucht	0,7	2,1	2,3	1,4	0,6
8. Arbeitsscheu	2,1	4,6	1,2	0,5	0,0

¹⁾ Nicht durch Unfall verursacht.

Aus der Tabelle ergibt sich, dass die 4 Hauptursachen der Armut, welche rund 70 Procent der gesammten Ursachen darstellen, in der Hauptsache von dem Willen der Betroffenen unabhängig sind. Der Umstand, dass Gebrechen auf dem Lande häufiger sind als in den städtischen Gemeinden, deutet darauf hin, dass die Fürsorge hier eine unzureichende ist.

Die Ursachen der Hilfsbedürftigkeit waren 1890 folgende:

Im Königreich Sachsen		Im Grossherzogth. Oldenburg
	in pCt. d. Fälle	in pCt. d. Fälle
Krankheit	23,41	28,8
Arbeitslosigk. u. unzulängl. Verdienst	15,86	28,5
Grosse Kinderzahl	17,14	1,3
Hohes Alter	13,98	11,6
Gebrechen	8,66	(unter Krankheit)
Tod des Ernährers (Verwaisung) .	8,1	11,3
Trunksucht	3,37	2,6
Arbeitsscheu	2,38	0,8
Unfälle	1,70	—

Während Trunksucht in Preussen nur bei 1,31 Procent der Selbstunterstützten angegeben ist, in Braunschweig bei 1,37, steigt diese Zahl im Königreich Sachsen auf 3,37 Procent, eine Differenz, die wohl ausschliesslich in der genaueren Art der Feststellung in Sachsen ihre Erklärung findet. Jedenfalls sind auch diese Untersuchungen der Armuthsursachen geeignet, die ausserordentliche socialpolitische Bedeutung, die die Versicherung gegen Krankheit, Unfall und Alter in sich schliesst, darzuthun.

Wie wir oben sahen, ist trotz der stellenweise erheblichen Belastung der Landgemeinden die Zahl der Unterstützten in den Städten eine erheblich grössere als auf dem Lande. Speciell im Königreich Sachsen verhält sich die Zahl der Einwohner der Städte zu der der Landgemeinden und Gutsbezirke etwa wie 2 zu 3, während die Zahl der Unterstützten in den Städten ziemlich das Doppelte der Zahl der Unterstützten auf dem Lande betrug; ja es waren im Jahre 1880 im Königreich Sachsen noch 645 Landgemeinden vorhanden, in denen öffentliche Unterstützung überhaupt nicht gezahlt wurde.

Dieser Unterschied zwischen Stadt und Land findet, von socialen Ursachen abgesehen, seine Erklärung vornehmlich in dem Charakter der Landbewohner. Die Thatsache, dass Jemand durch zweijährigen Aufenthalt den Unterstützungswohnsitz erwirbt, hatte seitens der ländlichen Gemeinden das Bestreben zur Folge, jeden, von dem sie fürchteten, er möchte einen Unterstützungswohnsitz erwerben, vor der Zeit, bevor er dies Ziel erreichte, aus dem Gemeindeverband herauszubringen. Diese Abwehrmaassregeln, die sich in Folge stillschweigenden Uebereinkommens vollziehen, betreffen hauptsächlich ältere, schwächliche Personen und kinderreiche Familien. Dass dabei keine Mittel gescheut werden, ist bekannt; ja es giebt Landgemeinden, die das Abschieben mit einer

solchen Ausdauer betreiben, dass Ortsarme dort unbekannt geworden sind. Die Folge eines solchen Vorgehens ist, dass die davon betroffenen Familien niemals zur Ruhe kommen, dass bei dem Hin und Her auf der Suche nach einem anderweitigen Unterkommen Müsiggang, Trunksucht und Vagabondenthum gross gezogen werden, dass das Heimathsgefühl, das Gefühl der Zusammengehörigkeit mit andern Menschen erstirbt und von einer Erziehung und einem geordneten Unterricht der Kinder nicht die Rede ist. Es folgt aber weiter hieraus eine Verschiebung der Armenlasten zu Ungunsten der Städte und eine Zunahme der Zahl der Landarmen.

Die Unterstützung Hilfsbedürftiger erfolgt entweder durch Unterbringung derselben in Armenhäusern oder durch das sog. Reihe-Um-speisen und Beherbergen, durch Einmieten der Ortsarmen in andern Familien, wo sie einen Theil ihres Lebensunterhalts durch Mitarbeit in der Wirthschaft erwerben müssen, oder durch Unterstützung in Geld und Naturalien. Die Frage, ob die Geldunterstützung nach festen Sätzen für den Kopf zu berechnen, oder von Fall zu Fall festzusetzen ist, ist eine offene. Soweit möglich, soll die Naturalunterstützung an die Stelle der Geldunterstützung treten; dahin gehört auch die Abnahme von Kindern statt barer Unterstützung, die Gewährung von Wohnung statt Unterstützung u. s. w.

Von besonderer Bedeutung für eine rationelle Armenpflege auf dem Lande würde es sein, wenn die Kreisverwaltungen von ihrem Recht, die Wohlthat der allgemeinen Krankenversicherung auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter auszudehnen, mehr wie bisher Gebrauch machten. In denjenigen Kreisen, wo diese Einbeziehung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter in die Krankenversicherung bereits erfolgt ist, hat sich diese Maassnahme als ausserordentlich segensreich für die ländliche Bevölkerung erwiesen.

Die gewöhnlichen Armenhäuser (Armenkathen), auch Hirtenhäuser genannt, weil sie in vielen Gegenden gleichzeitig dem Dorfhirten als Unterschlupf dienen, enthalten in der Regel eine geringe Zahl enger, schlechter Wohnräume, in denen ohne Unterschied von Alter und Geschlecht, ohne Rücksicht auf Krankheit und Arbeitsfähigkeit alle der Gemeinde zur Last fallenden Personen untergebracht werden. Bei ihrer gewöhnlich isolirten Lage ausserhalb des Dorfes werden sie gern von Vagabonden und Arbeitsscheuen heimgesucht. Diese Art Armenhäuser, wie wir sie ausser in Preussen auch noch in Bayern, Württemberg, im Grossherzogthum Hessen und andern Ländern, und zwar in demselben elenden und vielfach verwahrlosten Zustande wie bei uns antreffen, haben keine Hausverwaltung und bieten keinerlei Beschäftigung, sondern gewähren in der Regel nichts als das nothdürftigste Obdach. In Preussen sind es nicht nur die grössern Ortschaften, in denen Gemeinde-Armenhäuser angetroffen werden. Wer je in einer solchen Behausung Diphtherie- oder Typhuskranke zu behandeln genöthigt war, wird den Wunsch verstehen, diese Behausungen je eher je lieber vom Erdboden getilgt und an ihrer Stelle für grössere Verbände bestimmte Armenarbeitshäuser mit

strenger Hausordnung und Beschäftigungszwang für die Arbeitsfähigen errichtet zu sehen. Dass mit gut eingerichteten und gut geleiteten Armenarbeitshäusern auch kleinere Krankenstationen, ausschliesslich zur Aufnahme chronisch Kranker mit äusserlichen Leiden und Siecher, unter Ausschluss übertragbarer Krankheiten verbunden werden, wird hygienischerseits nicht zu beanstanden sein.

Die sächsische Armenordnung vom 22. October 1840, die noch heute als im Allgemeinen mustergiltig erachtet werden kann, machte die präventive Armenpflege mit Zwang gegen Arbeits scheue, die Beschaffung lohnender Arbeit für Arbeitswillige zu einer Hauptaufgabe der Armenbehörden. Hier haben die 28 Bezirksarmenvereine ebenso viele Bezirksarmenhäuser errichtet, deren Hauptzweck die Besserung arbeitsfähiger und arbeits scheuer Personen ist; daneben dienen sie der Versorgung altersschwacher, arbeitsunfähiger Personen, ein Theil ausserdem der Siechenpflege, Kindererziehung und Waisenpflege; zehn derselben enthalten ausserdem Stationen für Krankenbehandlung. Neuerdings haben sich diese 28 Armenbezirksvereine, die sich entweder auf einen oder mehrere Zweige der Armenpflege beschränken oder auf die ganze Armenpflege ausdehnen, nachdem die Einrichtungen zum Zwecke der Armenversorgung, der öffentlichen Krankenpflege und zur Abwehr eines öffentlichen Nothstandes gesetzlich zu Bezirksangelegenheiten erklärt worden waren, noch enger an die 18 grössern Verwaltungskörper, Amts- oder Bezirkshauptmannschaften, angeschlossen.

Wie schon erwähnt, bestimmt der § 12 des Ausführungsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz in Preussen, dass Gemeinden und Gutsbezirke mittels gegenseitiger Vereinbarung als Gesamtarmenverbände eingerichtet werden können. Auch die auf Grund der neuen Landgemeinde-Ordnung (§§ 128 und 131) behufs Uebernahme der Fürsorge für die öffentliche Armenpflege gebildeten Verbände sind Gesamtarmenverbände im Sinne des § 12 des Gesetzes vom 8. März 1871. Dass von dieser Möglichkeit nur in vereinzelt Fällen Gebrauch gemacht wird, findet seine Erklärung vornehmlich darin, dass die augenblicklich günstiger gestellten Gemeinden einem solchen Zusammenschluss widerstreben. Die meisten dieser Verbände befassen sich ausschliesslich mit der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige, oder sie umfassen noch, wie hauptsächlich in Süddeutschland, gleichzeitig die Waisenpflege und Krankenfürsorge, die Besoldung der Armenärzte, Unterhaltung von Krankenanstalten u. a., noch andre ziehen die Einrichtung und Unterhaltung von Naturalverpflegungsstationen, Maassregeln zur Abwehr drohender Epidemien und ähnliches in den Bereich der ausserordentlichen Armenpflege.

In Preussen ist die Bildung von Gesamtarmenverbänden für Zwecke der gesammten ordentlichen Armenpflege am hervorragendsten entwickelt in Schleswig-Holstein, demnächst in Hannover. In Hannover bestehen in fast sämtlichen Kreisen Specialverbände, sog. Nebenanlage-Verbände für Zwecke der ausserordentlichen Armenpflege und ausserdem

Gesamttarmenverbände, welchen letzteren die Unterhaltung der Armenhäuser obliegt. Auch im Oberschlesischen Industriebezirk begegnen wir vielfach leistungsfähigen Gesamttarmenverbänden. In Westfalen hat sich hauptsächlich in vier, in der Rheinprovinz in acht ärmeren Kreisen das Bedürfniss nach der Bildung von Gesamtverbänden bemerklich gemacht, während in der Provinz Sachsen im Ganzen 44, in der Provinz Hessen-Nassau 4 solcher Gesamtverbände gezählt wurden. Die meisten derselben stammen aus früherer Zeit; seit der Einführung des Reichsgesetzes betr. den Unterstützungswohnsitz bis zum Erlass der neuen Landgemeinde-Ordnung sind grössere Gesamtverbände, von zusammengehörigen Guts- und Landgemeinden abgesehen, nur vereinzelt gebildet worden.

In Schleswig-Holstein existiren zur Zeit mit Einschluss von 40 städtischen insgesamt 357 Armenarbeitshäuser für 229 Gesamt- und 129 Ortsarmenverbände. Die Zahl der Insassen in denselben betrug Ende 1890 8500, das sind ungefähr 36 Procent aller schleswig-holsteinischen Armen. Unter strenger Hauszucht, wobei die Entziehung des Branntweins die erste Stelle einnimmt, werden die Arbeitsfähigen in diesen Arbeitshäusern zur Arbeit angehalten und zu Ordnung und Reinlichkeit erzogen. Besondere Disciplinarmittel stehen den Armenarbeitshäusern in Schleswig-Holstein nicht zu Gebote, doch werden auch hier die Arbeitsfähigen so lange zurückgehalten, bis sie auf weitere Unterstützung verzichten. Nach § 361, 7 und 10 des Strafgesetzbuches macht sich ausserdem derjenige strafbar, der, wenn er aus öffentlichen Armenmitteln eine Unterstützung empfängt, sich aus Arbeitsscheu weigert, die ihm von der Behörde angewiesene, seinen Kräften angemessene Arbeit zu verrichten, sowie derjenige, der sich der Verpflichtung, seine Angehörigen zu ernähren, entzieht und dieselben der öffentlichen Armenpflege anheimfallen lässt. Die Mehrzahl dieser Armenarbeitshäuser sind gleichzeitig mit Krankenstationen verbunden; auch ist ein Theil der verlassenen Kinder in besondern Kinderabtheilungen dieser Anstalten untergebracht. Im Allgemeinen sind die innern Einrichtungen dieser Armenarbeitshäuser nach den Berichten der dieselben regelmässig revidirenden Kreisphysiker zweckentsprechend. Bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in diese Armenarbeitshäuser ist insofern eine Besserung eingetreten, als die Aufnahme derselben von einer vorherigen Begutachtung seitens des Kreisphysikus abhängig gemacht ist; besser wäre hier eine völlige Ausschliessung aller schwachsinnigen Hilfsbedürftigen und deren Unterbringung in besondern, entsprechend geleiteten und beaufsichtigten Bewahranstalten.

Ebenso zweckentsprechend sind im Allgemeinen die Armenarbeitshäuser in der Provinz Hannover eingerichtet, deren es im Jahre 1890 61 gab, und zwar 36 in Ostfriesland, 20 in den Elbmarschen, 2 im Kreise Bentheim und je eins in den Kreisen Lehe und Harburg.

Auch in Ostpreussen hat die Errichtung von Armenarbeitshäusern in den letzten Jahren Fortschritte gemacht, nachdem im Jahre 1889 der

Provinzialausschuss eine grössere Summe in den Etat eingestellt hatte, um diejenigen Kreise, die sich verpflichteten, Kreisarmen- oder Arbeitshäuser zu errichten, mit einer Beihilfe von je 5000 Mark zu unterstützen. Seit dieser Zeit sind bereits in 7 Kreisen solche Armenhäuser erbaut worden.

In Bayern sind Armenversorgungsanstalten seitens einzelner Districtsgemeinden erst neuerdings gegründet worden; hiervon abgesehen, fehlt es für noch arbeitsfähige Arme an entsprechenden Einrichtungen. Dergleichen besitzt Württemberg neben den gewöhnlichen Armenkathen nur wenige zweckentsprechend eingerichtete Armenarbeitshäuser.

Eine andere Art der Armenversorgung, die ein besonderes hygienisches Interesse bietet, ist die Unsitte des sogenannten Umhaltens (Rundessens, Unterstützung im Reihezuge), wie wir derselben in den sämtlichen östlichen Provinzen Preussens, aber auch in Bayern, Württemberg und andern deutschen Ländern begegnen, darin bestehend, dass die Ortsarmen bei den einzelnen steuerpflichtigen Dorfbewohnern der Reihe nach Verpflegung und Obdach erhalten oder in Erkrankungsfällen das Essen von denselben zugeschickt bekommen. Dass diese Art der Versorgung nicht nur die allerunwürdigste ist, sondern auch in gesundheitspolizeilicher Beziehung grosse Gefahren einschliesst, bedarf keiner weitem Ausführung. Wiederholt wurden auf diese Weise die Familien der Kostgeber nach einander nicht blos mit Krätze angesteckt, sondern es wurden auch in einer Reihe von Fällen und jedenfalls noch öfter, als es im einzelnen Falle festgestellt wurde, Diphtherie und Pocken auf diese Weise von einer Familie zur andern verschleppt. Auch unterliegt es keinem Zweifel, dass diese Art organisirten Bettels, die den zu Unterstützenden völlig der Willkür und dem Belieben des jedesmaligen Pflegers Preis giebt, ohne doch für die Erfüllung der den Gemeinden obliegenden Armenpflichten irgend eine Garantie zu bieten, dazu angethan ist, auf die Familie des Kostgebers, namentlich soweit es sich um Kinder und Dienstboten handelt, einen entsittlichenden Einfluss auszuüben. Trotzdem hat sich diese Art der öffentlichen Fürsorge in grosser Ausbreitung erhalten, zumal dieselbe nach Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts (Entscheidungen. Bd. V. S. 106 und Bd. VII. S. 132) dem § 1 des preussischen Gesetzes, betr. die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz nicht widerspricht, vorausgesetzt, dass im gegebenen Falle weder ein Gemeindebeschluss noch eine Anordnung der Aufsichtsbehörde vorliegt, welche der Gemeindevorsteher zur Richtschnur zu nehmen hat.

Noch verdient eine Art der Armenversorgung Erwähnung, die darin besteht, dass den Armen gewisse kleine Parzellen Landes zum Kartoffelbau überlassen werden, unter der Bedingung, einen gewissen Theil der Ernte als Ersatz für Pacht und Aussaat zurückzuliefern. Diese Art der Fürsorge, die das Selbstgefühl, die Thätigkeit und Betriebsamkeit der Armen anzuregen geeignet ist, wurde seitens der Stadt Berlin schon vor mehr als 60 Jahren eingerichtet und hat neuerdings in Amerika Nachahmung gefunden.

Eine der wichtigsten socialen und hygienischen Aufgaben unserer Zeit, bei deren Lösung die öffentliche und communale Fürsorge mit der kirchlichen und freien Liebeshätigkeit wetteifernd Hand in Hand gehen muss, ist der Schutz der Kinder und jugendlichen Personen vor physischer und sittlicher Verwahrlosung. Ganz besonders ist die Sorge für die hilfsbedürftigen Kinder des Säuglingsalters, insbesondere derjenigen, die in fremde Pflege gegeben werden, weil die Erwerbsverhältnisse der Eltern und vornehmlich der Mutter derart beschaffen sind, dass sie das Kind nicht bei sich behalten können, der sog. Haltekinder, eine dringende Pflicht der socialen Hygiene. Die Lebensverhältnisse dieser Kinder durch besondere Schutzeinrichtungen zu bessern, muss als eine der wichtigsten Aufgaben der communalen Hygiene erachtet werden. Nach Uffelmann gab es in Deutschland im Jahre 1890 ca. 200 000 Haltekinder, für die bisher so gut wie nichts geschehen ist. In erster Linie ist hier die Einrichtung von Centralstätten für die Versorgung und Ueberwachung verlassener, namentlich kranker Kinder der ärmsten Stände, nothwendig; hieran hätten sich naturgemäss Kinderschutzvereine anzugliedern, welche die Uebergabe der Kinder in die Haltepflege vermitteln und dieselben fortlaufend überwachen. Diese regelmässige Ueberwachung, bei der die Mitwirkung der Communalärzte und Frauenvereine unentbehrlich ist, hat sich vor Allem auf die Entwicklung und Ernährung des Kindes, auf Reinlichkeit, Lagerstätte, Kleidung, Wäsche, auf die Beschaffenheit der Wohnung, auf den Gesundheitszustand der Pflegemutter und deren Geeignetheit zum Aufziehen eines Kindes, die rechtzeitige Zuziehung ärztlicher Hilfe in Krankheitsfällen und weiter auf die Beschäftigung und den Schulbesuch zu erstrecken. Namentlich soweit die Haltekinder in Frage kommen, ist für Bereitstellung ärztlicher Hilfe in Krankheitsfällen nicht ausreichend gesorgt. In Leipzig hat das Armenamt die Armenärzte mit der Behandlung der Ziehkinder beauftragt und in einigen grösseren Städten haben eine Anzahl Aerzte ihre Kraft freiwillig in den Dienst der Kinderschutzvereine gestellt. Die Oberaufsicht über die Kost- und Haltekinder in den einzelnen Kreisen würde dem Kreisphysikus zu übertragen sein, wie es in Schleswig-Holstein vorgeschrieben und in Hessen und Bayern der Fall ist. Voraussetzung für ein erfolgreiches Wirken auf diesem Gebiet ist die Schaffung eines einheitlichen Kinderschutzgesetzes, wie solche in England und Frankreich, in Dänemark und Ungarn für die in fremder Pflege befindlichen Kinder bestehen. Namentlich ist in Frankreich die Beaufsichtigung derselben durch vom Staat angestellte Inspectoren, die meistens Aerzte sind, eine mustergiltige. In Belgien ist es ein über das ganze Land organisirter Privatverein, der die Fürsorge für verlassene Kinder übernommen hat; hier wie in Frankreich hat man bezüglich der Unterbringung das System der offenen Pflege angenommen.

Was die Einrichtungen für die zeitweilige Unterbringung der Säuglinge und der Kinder im vorschulpflichtigen Alter betrifft, so ist die Einrichtung von Krippen oder Säuglingsbewahranstalten speciell in

Deutschland hinter dem Bedürfniss weit zurückgeblieben. Die öffentliche Wohlthätigkeit, auf die dieselben fast ausschliesslich angewiesen sind, wendet sich ihnen, von den Unternehmungen einzelner Stiftungen, Frauenvereine und Arbeitgeber abgesehen, viel zu wenig zu, um dem hier vorliegenden socialen Bedürfniss zu genügen.

Besser gewürdigt in ihrer gemeinnützigen Bedeutung für Kleinkinderpflege und Erziehung sind bei uns namentlich in den letzten Jahren die Kinderbewahranstalten und Kindergärten, wenngleich Ausbreitung und Ueberwachung derselben im Vergleich mit andern Ländern, namentlich Ungarn, Schweiz, Frankreich, Belgien, England, Dänemark, noch viel zu wünschen übrig lassen. Nothwendig erscheint vor Allem, dass die Einrichtung und Leitung der Kleinkinderanstalten von der Erfüllung bestimmter Bedingungen nach der hygienischen Seite abhängig gemacht, und dass, soweit die private Wohlthätigkeit zur Erfüllung derselben ausser Stande sein sollte, die Behörden durch Gewährung von Unterstützungen oder durch selbstständige Errichtung von Anstalten dem vorliegenden Bedürfniss abhelfen.

Wenn es in Bezug auf die Waisenpflege keinem Zweifel unterliegen kann, dass eine noch so gut eingerichtete Anstaltspflege weder in physischer noch besonders auch in moralischer Beziehung eine gute und geordnete Familienerziehung zu ersetzen im Stande ist, da nur eine solche die Individualität der einzelnen Kinder wie die Bedürfnisse des praktischen Lebens zu berücksichtigen geeignet ist, so bleibt andererseits die Thatsache bestehen, dass es namentlich in den östlichen Theilen der preussischen Monarchie nicht immer gelingt, geeignete Familien zu finden, und dass ausserdem für Kinder, die bereits verwahrlost sind, die Anstaltspflege wenigstens vorübergehend unentbehrlich ist. Waisenhäuser, namentlich soweit die ländlichen Waisen in Frage kommen, fehlen in den meisten Provinzen. Eine Ausnahme machen Ostpreussen und Rheinland, die die Waisenpflege ausreichend geregelt haben; auch in Sachsen und Schlesien sind Kreis-Waisenhäuser und solche aus milden Stiftungen in grösserer Zahl vorhanden, während seitens der Provinzen nur vereinzelt (Wiesbaden, Sachsen) für die Waisenpflege Vorsorge getroffen ist. In der Provinz Hessen-Nassau werden mutterlose arme Waisen und mutterlose uneheliche Kinder, für deren Unterhalt anderweitig nicht gesorgt ist, aus einem Centralfonds unter Zuschuss des Landarmenverbandes bis zum zurückgelegten 14. bzw. 15. Lebensjahr versorgt. Sehr viel besser liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung in Bayern und Württemberg und namentlich in Baden, wo die Fürsorge für arme Kinder von sämmtlichen Kreisverbänden des Landes zu einem Gegenstand ihrer besonderen Thätigkeit gemacht ist. In Elsass-Lothringen nehmen die Hospitäler, die ausserdem gleichzeitig Pfründneranstalten zu sein pflegen, in der Regel auch Waisenkinder auf.

Vielfach werden Waisen und verlassene Kinder den erwähnten Armenarbeitshäusern zur Erziehung überwiesen, die für diesen Zweck nur in den allerseltensten Fällen geeignet sind. Bei der Unterbringung

derselben in Familienpflege kommt die Abgabe der Waisenkinder an den Mindestfordernden auch heute noch ausnahmsweise vor, und zwar nicht blos auf dem Lande, sondern auch in den Städten — kein Wunder, dass solche Kinder vielfach verkommen und verwahten. Voraussetzung der Familienpflege ist, dass die Pflegeeltern zur Erziehung der Kinder nach allen Richtungen geeignet, dass sie gesund, ehrbar und rechtschaffen sind und ihre Geeignetheit durch Pfleger und Diakonissen jederzeit aufs Sorgfältigste controlirt wird. Ganz besonders schwierig und verantwortungsvoll ist die Auswahl geeigneter Familien in solchen Fällen, wo es sich um Kinder handelt, die in Gefahr sind, zu verwahten, oder die bereits über die erste Kindheit, die Zeit der grössten Empfänglichkeit für sittlich fördernde Einflüsse der Familie hinaus sind.

Nachahmenswerth erscheint das System der Waisenkolonien in Dresden, wo die Waisenkinder auf dem Lande bei kleinern Landwirthen und Häuslern untergebracht werden, während Geistliche und Lehrer als Waisenväter fungiren. Nur für solche Waisen, die in Familienpflege nicht gedeihen, oder die verwaht sind, wäre die Unterbringung in Waisenhäusern als Regel hinzustellen. Für diese Fälle ist den ländlichen mit landwirthschaftlichem Betrieb verbundenen Anstalten auch in Rücksicht auf die körperliche Entwicklung der Waisen der Vorzug zu geben. Von besonderer Wichtigkeit ist, dass in den geschlossenen Anstalten ärztlicher und hygienischer Beirath nicht fehlt, und dass für eine ausreichende und rationelle Ernährung der Insassen Sorge getragen ist.

Der grösste Uebelstand auf dem Gebiet der offenen Waisenpflege war der vielfache Mangel einer ausreichenden Controle derselben. Hierin ist in letzter Zeit Vieles besser geworden, indem namentlich die grössern Städte, wie Berlin, Dresden, Leipzig, Düsseldorf, Frankfurt a. M., Dortmund, Köln u. a. zweckentsprechende Einrichtungen für die Ueberwachung der Haltung der von ihnen in offner Waisenpflege untergebrachten Waisen getroffen haben. In Berlin fungiren als Aufsichtsorgane die durch Waisenpflegerinnen unterstützten Gemeindewaisenträthe, während die in Aussenpflege untergebrachten Waisen ausser dem Gemeindewaisentrath der Controle des Ortsgeistlichen, Gemeindevorstehers, Lehrers oder sonstiger vertrauenswürdiger Personen unterstellt sind. In andern Städten, beispielsweise Cassel, betheilt sich der Vaterländische Frauenverein, der eine seiner Sectionen in den Dienst der öffentlichen Armenpflege der Stadt gestellt hat, auch an der Controle der in der Stadt untergebrachten Mündel. Vor Allem wird zu fordern sein, dass die aufsichtsführenden Organe ihre Aufgaben auf dem Gebiet der Waisenfürsorge nicht blos in der Vermögensverwaltung suchen, sondern die Fürsorge für das leibliche und geistige Wohl ihrer Mündel und deren Ueberwachung auch nach dieser Richtung in den Kreis ihrer Aufgaben hineinbeziehen. Einem besonders dringenden wirthschaftlichen und sittlichen Bedürfniss trägt der in Berlin ins Leben gerufene freiwillige Erziehungsbeirath für schulentlassene Waisen Rechnung. Derselbe bezweckt, alle Waisenkinder so zu leiten und zu berathen,

dass sie einen ihren körperlichen, intellectuellen und sittlichen Fähigkeiten entsprechenden Beruf wählen, dass ihnen nach getroffener Wahl auch ferner durch Nachweisung eines geeigneten Arbeitgebers, durch Rath und Beistand, wo nöthig auch durch eine Beisteuer zu den Kosten der beruflichen Ausbildung Hilfe geleistet werde. Die Fürsorge, die vorbereitend schon im letzten Schulhalbjahr zu beginnen hat, soll sofort nach der Schulentlassung thatkräftig einsetzen. Bei der Berufswahl sollen vor Allem auch die eigenen Wünsche und Neigungen des Kindes berücksichtigt werden. Die Entscheidung über die Berufswahl soll in Conferenzen getroffen werden, an denen alle an der Erziehung und Ausbildung beteiligten Factoren, Mütter, Vormünder, Waisenräthe, Schulleiter, Aerzte, Fachmänner und auch die Pflegekräfte des Erziehungsbeiraths theilnehmen.

Auch das Vorgehen des Provinzialausschusses für innere Mission bezw. des von demselben begründeten „Erziehungsvereins für die Provinz Sachsen“, der sich vorzugsweise die Unterbringung von Waisen in gute Privatpflege angelegen sein lässt, verdient hier Erwähnung. Eine sorgfältige Controle ist ferner im Grossherzogthum Hessen durch die Bezirksärzte vorgesehen und im Königreich Sachsen ist die communale Kinderfürsorge in verschiedenen Gemeinden durch Ausübung vormundschafter Functionen seitens der Armenbehörde wesentlich gefördert.

Rettungshäuser, aus milden Stiftungen, aus privaten Mitteln, von Seiten des Vaterländischen Frauenvereins, oder von Seiten der Provinzen unterhalten, die sich vielfach nicht auf die nach dem Gesetz vom 13. März 1878, betr. die Unterbringung verwahrloster Kinder zur Zwangserziehung verurtheilten Kinder beschränken, sondern auch Waisen aufnehmen, sind in allen Landestheilen reichlicher vorhanden, wenn auch hier ebenso wie bei den Waisenhäusern in den letzten Jahren ein allmählicher Niedergang sich bemerklich gemacht und ein grosser Theil in Familienpflege untergebracht ist. Letztere wird besonders gegenüber jüngern und weniger verwahrlosten Kindern in Frage kommen. Hier wie bei der Unterbringung der Waisen und verlassenen Kinder wurde die Erfahrung gemacht, dass in den östlichen Provinzen weniger leicht Familien gefunden werden, welche zur Aufnahme von Pfleglingen willig und geeignet sind. Es erklärt sich hieraus, dass in den östlichen Provinzen, mit Ausnahme von Posen, in Bezug auf die Unterbringung verwahrloster Kinder die Anstaltspflege bedeutend überwiegt.

Als dringendes Bedürfniss hat sich für Preussen herausgestellt, sittlich verwahrloste Kinder allgemein zur Zwangserziehung zu bringen, und zwar schon vor Begehung einer strafbaren Handlung. Je früher die Entfernung aus einer demoralisirenden Umgebung erfolgt, um so eher ist Besserung zu erhoffen. Auch giebt es andere als grade strafrechtlich verfolgbare Handlungen, welche die drohende Verwahrlosung anzeigen. Auch dass Kinder im Alter von über 12 Jahren, nachdem sie wegen Begehung einer strafbaren Handlung verurtheilt sind, der Zwangserziehung nicht unterliegen, ist vielfach als ein Mangel empfunden worden,

ganz besonders bei Mädchen, die in diesem Alter besondern Gefahren ausgesetzt sind, die bei rechtzeitiger Entfernung aus der Umgebung vermieden werden könnten. In Bayern stehen diese von geistlichen Orden errichteten und geleiteten Anstalten unter staatlicher Aufsicht und sind auch für solche Kinder bestimmt, die anders der Verwahrlosung anheimfallen würden; hier bedürfen auch, soweit die Familienpflege in Frage kommt, die Pflegeeltern in jedem Falle einer bezirksamtlichen Erlaubniss, die zu versagen ist, wenn die Besorgniss besteht, dass das körperliche und sittliche Wohl der Pfleglinge gefährdet ist. Das einzige Land, in dem die Criminalität Jugendlicher eine Abnahme zeigt, ist England, als dasjenige Land, in dem die Zwangserziehung seit lange eine bedeutende Entwicklung gefunden hat, und wo im letzten Decennium nicht weniger als drei Gesetze zum Schutze der verwahrlosten Jugend erlassen sind, während in Deutschland die Zahl der jugendlich Verurtheilten (im Alter von 12 bis unter 18 Jahren) von 30791 (9,3 pCt.) im Jahre 1882 auf 46496 (11 pCt.) im Jahre 1892 zugenommen hat.

Auch in der Gestaltung der offenen Armenpflege im engeren Sinne zeigen die verschiedenen Landestheile und Provinzen erhebliche Unterschiede. Während in den Städten, soweit geeignete Kräfte zur Verfügung stehen, das System der Elberfelder Armenpflege — die Unterstützung Arbeitsunfähiger und Kranker nach vorausgegangener sorgfältiger individueller Prüfung durch die Armenpfleger, fortgesetzte Controle der Verhältnisse der Armen durch die Pfleger, Beschränkung des Geschäftskreises der Pfleger auf die Sorge für eine möglichst kleine Zahl von Familien oder Einzelstehenden, welche in der Regel vier nicht überschreiten soll, und Arbeitsnachweisung an die Arbeitsfähigen — mehr und mehr an Ausbreitung gewonnen und neben einer Verminderung der Ausgaben zu einer intensiveren Gestaltung der offenen Armenpflege geführt hat, liegen die Verhältnisse in den kleinen und mittelgrossen Städten und ganz besonders auf dem platten Lande vielfach ausserordentlich ungünstig. Zu dem häufig gänzlichen Mangel an Verständniss für die Aufgaben der Armenpflege, für die Ziele und Zwecke der Socialhygiene gesellt sich namentlich in den Bezirken des Ostens, als die Handhabung einer erfolgreichen Armen- und Armenkrankenpflege ausserordentlich erschwerend, das Fehlen einer Gemeinde-Diakonie, sowie das Fehlen fest angestellter Armenärzte. Relativ besser gestaltet sich die Armenfürsorge auf solchen Gütern, wo die Handhabung der Armen- und Armenkrankenpflege nicht als Armenlast geübt, sondern als eine auf dem persönlichen Verhältniss des Gutsherrn zu seinen Leuten beruhende Standespflicht angesehen wird. Im Uebrigen kommen hier neben Geldunterstützungen Zuwendungen von Naturalien, von Ackerland, von Feuerung, sowie Miethsunterstützungen in Anwendung. Vielfach werden Hilfsbedürftige, soweit sie nicht in Anstalten der Gemeinde, der höhern Verbände oder der Wohlthätigkeitsanstalten Aufnahme finden, bei ärmern Familien gegen Entschädigung und Lieferung der nothwendigsten Lebensmittel seitens der Gemeinden untergebracht.)

Zu den bisher vielfach vernachlässigten Aufgaben einer richtig ge-

leiteten Armenpflege gehört es, dass die Armenverwaltung in denjenigen Fällen, in denen die statutenmässigen Leistungen der Krankenkassen ihr Ende erreicht haben, ohne dass eine Wiederherstellung des Kranken erzielt ist, alsbald, soweit erforderlich, helfend eintritt und da, wo es sich um Kranke handelt, die zugleich der Invaliditätsversicherungspflicht unterliegen, veranlasst, dass die Versicherungsanstalt die Fürsorge für diese Kranken gemäss § 12 des Reichsgesetzes vom 22. Juni 1889 übernimmt. Sache der Vorstände der Krankenkassen wird es sein, derartige Fälle rechtzeitig zur Meldung zu bringen. Nothwendig erscheint die Forderung, dass sich die Zahlung der Invalidenrente unmittelbar an das Aufhören der Krankenunterstützung anschliesst. Die jetzt vorhandene Lücke auszufüllen, ist nach dem Vorgange der Vereinigung zur Fürsorge für kranke Arbeiter in Leipzig der Zweck besonderer Vereinsbestrebungen geworden.

Eine private Armenpflege, die sich die Fürsorge für Unbemittelte, aber nicht im strengen Sinne der Armenpflege Hilfsbedürftige und Nothleidende zur Aufgabe stellt, mit ihren auf die Verhütung der Arbeitslosigkeit, des Elends und Lasters, auf die Pflege von Kranken und Wöchnerinnen, auf die Unterbringung kränklicher, schwächlicher und aufsichtsloser Kinder, auf die Sorge für gesunde Wohnungen und geregelte Miethszahlung, auf die Bereitstellung von Krankenpflegerinnen, auf die Verbreitung volks- und hauswirthschaftlicher Kenntnisse u. a. gerichteten Bestrebungen ist in einem grossen Theil der östlichen Provinzen auf dem Lande kaum in den ersten Anfängen vorhanden. Auch die Thätigkeit des Vaterländischen Frauenvereins, der im Jahre 1896 in 842 Zweigvereinen 140470 Mitglieder umfasste und in dessen Dienst im Jahre 1896 1386 Pflegerinnen thätig waren, erstreckt auf das platte Land sich immer noch viel zu wenig, und doch wäre auch hier neben der eigentlichen Krankenpflege ein reiches Feld der Thätigkeit in der Beaufsichtigung der Waisen, der Pflege- und Haltekinder, der Leitung von Kleinkinder-Bewahranstalten, von Arbeits- und Sonntagsschulen, der Einrichtung und Unterhaltung von Bibliotheken, der Sorge für die Siechen und Gebrechlichen, für die Wöchnerinnen etc. gegeben. Eine Ausnahme machen in dieser Beziehung die westlichen Provinzen, die industriellen Theile Schlesiens und einzelne grosse Landkreise, wie Breslau und Königsberg, in denen Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins bereits vielfach auch auf dem Lande segensreich thätig sind.

In den westlichen Provinzen hat sich die private Armenpflege vorzugsweise in den auf kirchlichem Boden erwachsenen zahlreichen Vereinen und Genossenschaften entwickelt, die hier auf den verschiedensten Gebieten der Armen- und Armenkrankenpflege thätig sind. Ganz besonders entfalten die evangelischen und katholischen Vereine eine reiche und erspriessliche Thätigkeit in der geschlossenen Armen- und Krankenpflege. Specieell mit der Waisenpflege beschäftigt sich der evangelische Pestalozzi-Verein, der für geeignete Unterbringung der Waisen Sorge trägt und eine fortdauernde Controle ausübt.

Neuerdings ist auch die Kirche selber, die evangelische wie die katholische, an eine Erneuerung der kirchlichen Armenpflege herangetreten. Auf der Eisenacher Kirchenconferenz im Jahre 1892 wurde die kirchliche Armenpflege als ein nothwendiges Glied der gesammten Armenpflege anerkannt, die, obwohl ein selbstständiges Glied, mit der bürgerlichen Armenpflege Hand in Hand gehen soll.

Neben der segensreichen Wirksamkeit der nach dem Vorgang von Fliedner, der die erste Diaconissenanstalt nebst Krankenhaus und Lehrerinnen-Seminar zu Kaiserswerth ins Leben rief, innerhalb und ausserhalb Deutschlands errichteten Diaconissenhäuser und der erfolgreichen Thätigkeit der innern Mission und ihres bedeutendsten Vorkämpfers Wiechern, der zu Horn bei Hamburg einen Verband evangelischer Diaconen bildete, die sich der Krankenpflege, der Stadtmission und besonders auch der Irrenpflege widmeten, verdienen besondere Erwähnung die nach dem Vorgang des Pastor Sulze in Dresden ins Leben gerufenen Hausväterverbände, wie solche in Leipzig und Hannover gebildet sind, und die es sich neben der Hebung des religiösen und sittlichen Lebens zur hauptsächlichsten Aufgabe gemacht haben, der Armut, soweit sie durch die bürgerliche Armenpflege nicht erreicht wird, der sittlichen Verwahrlosung und der eingetretenen Krankheitsfälle anzunehmen, und zwar in steter Fühlung mit der communalen Armenpflege und der privaten Wohlthätigkeit. Für das katholische Deutschland ist neuerdings in dem Charitas-Verbande mit dem Sitz in Freiburg i. B. eine besondere Centralstelle geschaffen.

Die mit den Einrichtungen der Kirche aufs engste verbundene Gemeinde-Diakonie zeigt in den westlichen Provinzen Preussens eine erheblich reichere Entfaltung, als in den östlichen. Katholische und evangelische Schwestern wetteifern mit Diakonen und Ordensbrüdern, den Armen in Stadt und Land in Zeiten körperlicher Noth Hilfe zu bringen. So waren im Regierungsbezirk Trier im Jahre 1888 24 katholische Ordensbrüder, 338 katholische Ordensschwestern, 16 evangelische Krankenpfleger und 20 evangelische Diaconissen berufsmässig mit der Krankenpflege in Stadt und Land beschäftigt, und im Regierungsbezirk Cöln waren bereits im Jahre 1880 200 barmherzige Schwestern in der Gemeindepflege auf dem Lande thätig. Von den übrigen deutschen Staaten sind es vorzugsweise Württemberg, Sachsen und einige der kleineren mitteldeutschen Staaten, in denen die Gemeinde-Diakonie auch auf dem Lande bereits eine nennenswerthe Ausbreitung gewonnen hat. Indessen macht sich auch in den östlichen Provinzen Preussens nach dieser Richtung ein erfreulicher Fortschritt bemerklich.

Trotz der Zunahme der evangelischen sowohl wie der katholischen Krankenpflegerinnen — erstere vermehrten sich von 1876 bis 1885 um 131,8 pCt., letztere um 60 pCt. — ist die Heranziehung weiterer Pflegekräfte sowohl in der geschlossenen wie in der offenen Armenpflege ein dringendes Bedürfniss. Nach wie vor muss deshalb die Förderung aller

auf die Ausbildung von Krankenpflegerinnen gerichteten Bestrebungen eins der vornehmsten Ziele der Armenpflege sein.

Neben der Thätigkeit der Diakonissen, der Ordensbrüder und Schwestern, des Vaterländischen Frauenvereins, der Vereine und Stiftungen zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen dienen der vorbeugenden Armenpflege alle jene zahlreichen Vereine und Bestrebungen, die darauf abzielen, der Verarmung, der Unwirthschaftlichkeit und Unsittlichkeit, sowie der physischen Entartung entgegenzuwirken. Je mehr diese Vereine bestrebt sind, den Arbeiter auch wirthschaftlich selbstständig zu machen, um so sicherer werden sie dem letzten Ziel der Armenpflege, der Verarmung vorzubeugen, gerecht werden. Von besonderer Bedeutung sind deshalb die auf hauswirthschaftliche Erziehung des heranwachsenden weiblichen Geschlechts sowie die auf Hebung und Verbilligung der Volksernährung gerichteten Bestrebungen.

Die Verbreitung richtiger Grundsätze der Ernährung in den Kreisen der arbeitenden Klassen ist um so wichtiger, als es feststeht, dass der Arbeiter im Allgemeinen unrationell lebt und vielfach minderwerthige Nahrungsmittel einkauft, ohne von der Verkehrtheit seiner Lebensweise überzeugt zu sein. Auch lehrt die Erfahrung, dass, je ungenügender die Ernährung des Arbeiters, um so höher im Allgemeinen die Kosten des Branntweinconsums sich stellen. Deshalb verdienen neben der Verbreitung volkwirthschaftlicher Kenntnisse besondere Unterstützung die auf die Errichtung guter Speiseanstalten gerichteten Bestrebungen sowie ferner die Thätigkeit der Consumvereine und Einkaufsgenossenschaften, soweit sie sich auf die Beschaffung der wichtigsten Lebensmittel und Bedarfsartikel für den kleinen Mann und Arbeiter erstrecken, die für den Arbeiter eine Ersparniss bedeuten, die bei einzelnen Artikeln bis zu 50 Procent beträgt.

Zu erwähnen sind hier noch die auf die Sorge für Obdachlose gerichteten Bestrebungen. Hierher gehört die Aufnahme derselben in städtische Anstalten zur vorübergehenden Beherbergung für Nichtsesshafte, mit der ausdrücklichen Verpflichtung zu entsprechender Arbeitsleistung, die Gewährung von Miethsunterstützungen, die nachträgliche Miethszahlung behufs Auslösung des sonst dem Vermiether verfallenden Hausraths sowie die Vermittelung neuer Wohnungsgelegenheiten und die neuerdings in den grössern Städten ins Leben gerufenen Wärmehallen.

Zur vorbeugenden Armenpflege gehören endlich auch die seitens der Communen bezw. Kreise unterhaltenen Naturalverpflegungsstationen, sowie die Arbeitercolonien. Dass diese Anstalten, die sich jetzt, wenn auch in sehr verschiedener Dichtigkeit, über das ganze deutsche Reich vertheilen — mit Ausnahme von Mecklenburg-Schwerin, Reuss j. L., Hamburg und Lübeck — trotz mancher Schattenseiten im Allgemeinen segensreich gewirkt haben, geht daraus hervor, dass die Zahl der auf Grund der §§ 361 und 362 des Strafgesetzbuchs der Landespolizeibehörde überwiesenen Personen in einzelnen Bezirken von Jahr zu Jahr erheblich zurückgegangen ist. In Preussen sank die Zahl der Corrigen-

den von 23808 im Jahre 1882 auf 8605 im Jahre 1890, und in ganz Deutschland wurden im Jahre 1890 9456 Corrigenden weniger eingeliefert als im Jahre 1885; das macht an Kosten $1\frac{3}{4}$ Millionen Mark, die die deutschen Länder für die Insassen der Correctionsanstalten weniger zu zahlen hatten als 1885.

Soll aber die private Armenpflege und Wohlthätigkeit mit ihren vielen, das gleiche Ziel verfolgenden Vereinen und Bestrebungen nicht zu einem Unsegen werden, soll sie ihren Zweck einer harmonischen Ergänzung der öffentlichen, ausschliesslich auf das Nothwendige beschränkten Armenpflege erfüllen, so ist erstes Erforderniss eine organische Verbindung der privaten, kirchlichen und amtlichen Armenpflege. Auch in Rücksicht auf den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes ist es wichtig, dass die private Wohlthätigkeit in engster Verbindung mit der öffentlichen Armenpflege arbeitet; denn die zweijährige Frist, die zum Erwerb des Unterstützungswohnsitzes Voraussetzung ist, wird unterbrochen, wenn Jemand in dieser Zeit aus öffentlichen Mitteln Armenunterstützung erhält, nicht aber, wenn er von Privaten oder Vereinen unterstützt wird. So ist es nicht selten, dass Leute sich während der zur Erwerbung des Unterstützungswohnsitzes vorgeschriebenen Zeit von Privatvereinen unterstützen lassen, um danach an die amtliche Armenpflege heranzutreten. In vielen Städten ist diese Verbindung der amtlichen und privaten Armenpflege darauf beschränkt geblieben, dass Vertreter der betreffenden Vereine Sitz und Stimme in der Armenbehörde haben oder doch zu den Sitzungen zugezogen werden, während in andern Städten umgekehrt Vertreter der amtlichen Armenpflege an der Geschäftsführung der Privat-Wohlthätigkeitsvereine theilnehmen. Auch ist eine regelmässige Auskunftsertheilung seitens der Vereine vielfach vorgesehen. Erst vereinzelt ist es zur Schaffung eigentlicher Centralstellen für Armenpflege und Wohlthätigkeit in den grössern Städten gekommen, nachdem das im Jahre 1883 in Dresden gegründete „Centralbureau für Armenpflege und Wohlthätigkeit“, das allen Privaten und Vereinen bei Ausübung ihrer Wohlthätigkeit behilflich ist, sich als vorzügliche Auskunftsstelle bewährt hatte, die alle wichtigen, principiellen Vorfragen, die privatim gar nicht beantwortet werden können, wie Aufenthaltsdauer des Nachsuchenden, etwaige Bestrafungen, schon erhaltene Unterstützungen etc. erledigt. Ausser Dresden haben Halle, Elberfeld, Posen u. a. und neuerdings auch Berlin solche Centralstellen für die Controle der Wohlthätigkeitspflege geschaffen, deren Geschäfte durch einen Beamten des städtischen Armenbureaus besorgt werden, und denen jede seitens der Privat-Wohlthätigkeitsvereine gewährte Unterstützung angezeigt wird. In Berlin hatten sich im ersten Jahre des Bestehens der Centralstelle von den 300 Vereinen und Körperschaften, mit denen die Centralstelle in Verbindung trat, 160 den Bestrebungen derselben angeschlossen.

Je mehr diese private Wohlthätigkeit, die vornehmlich eine vorbeugende sein soll, sich in den Dienst der Gemeinde stellt, sei es in

einheitlichem Zusammen- oder in einem organischen Nebeneinanderwirken, wie es beispielsweise seitens des badischen Frauenvereins geschieht, der als anerkanntes Organ in allen Fragen der ergänzenden Armen- und Waisenpflege und verwandter Gebiete segensreich wirkt, wie desgleichen seitens einer Reihe von Zweigvereinen der Vaterländischen Frauenvereine (Elberfeld, Krefeld, Cassel, Stettin), um so segensreicher wird ihre Liebeshätigkeit sich gestalten.

II.

Wie in der Armenpflege müssen wir auch in der Armenkrankenpflege unterscheiden zwischen der Krankenbehandlung und Krankenpflege als solcher und der vorbeugenden Armenkrankenpflege. Letztere fällt mit der präventiven Armenpflege zusammen, soweit deren Bestrebungen darauf gerichtet sind, die den Armen drohenden Krankheitsursachen möglichst aus dem Wege zu räumen, das Erkranken der ärmern Bevölkerung nach Möglichkeit zu verhüten.

Neben der Sorge für eine rationelle Ernährung mit Einschluss der Beseitigung der Unmässigkeit, namentlich im Alkoholgenuss, der Bereitstellung guter und billiger Wohnungen gehören hierher tadellose Haus- und Gemeinde-Einrichtungen, die auch der übrigen Bevölkerung zu Gute kommen, und die einen um so wirksameren Schutz gegen Seuchen gewähren, je sachgemässer diese Anlagen eingerichtet sind und je sorgfältiger sie überwacht werden. Ausser den Einrichtungen für Wasserversorgung, für Beseitigung der festen und flüssigen Abfallstoffe gehören hierher alle Bestrebungen, die darauf abzielen, den Sinn für Reinlichkeit in der ärmeren Bevölkerung zu heben, vor Allem also die Bereitstellung zweckentsprechender Badeeinrichtungen in Gemeinde, Schule und Haus. An diesen Aufgaben der vorbeugenden Armenkrankenpflege sind neben den Gemeinde-Aerzten und der Gemeinde-Diakonie vor Allem auch die Vereine vom rothen Kreuz mitzuwirken berufen.

Die sogenannte offene Armen-Krankenpflege ist auf dem Lande überall da eine mangelhafte und unzureichende, wo Armenärzte nicht zur Verfügung sind und wo eine Gemeinde-Diakonie nicht eingerichtet ist. Unter dieser Mängeln leidet, wie erwähnt, ein grosser Theil der östlichen Provinzen Preussens, wo über Fälle ungewöhnlicher Härte und Rücksichtslosigkeit seitens bäuerlicher Ortsarmenverbände vielfach berichtet wird, wo bei acuten Krankheiten ein Arzt von den Armenverbänden nur ausnahmsweise zugezogen wird und zumeist nur chronisch Kranke, wenn sie dem Siechthum verfallen und der Gemeinde lästig geworden sind oder schwere operative Fälle einem Krankenhaus überwiesen zu werden pflegen.

Abgesehen von Elsass-Lothringen, wo auf dem Lande eine geordnete Krankenpflege dadurch gewährleistet ist, dass die Kantonalärzte zur unentgeltlichen Behandlung aller armen Kranken verpflichtet sind und zu

diesem Behuf theils regelmässige Sprechstunden in ihrer Wohnung, theils in anderen geeignet gelegenen Gemeinden anberaumen oder auch in bestimmten Zeiträumen Rundfahrten in den Ortschaften ihres Bezirks zu unternehmen haben, sind es die beiden westlichen Provinzen ferner die Regierungsbezirke Kassel und Sigmaringen, Schleswig, sowie Theile der Provinz Hannover, des oberschlesischen Industriebezirks und des Regierungsbezirks Erfurt und von andern deutschen Ländern Bayern, Württemberg, Baden, Sachsen, Sachsen-Weimar und Sachsen-Altenburg, in denen die Behandlung der Armen in Krankheitsfällen durch Anstellung von Armenärzten in mehr oder weniger grosser Ausdehnung auch auf dem Lande sichergestellt ist. Erleichtert wird dieselbe ausserdem wesentlich in denjenigen Landestheilen, wo für die Zwecke der Armenkrankenpflege milde Stiftungen existiren, wie namentlich in den westlichen Theilen der Monarchie, oder wo wie in Sigmaringen den Gemeinden besondere Armenfonds zur Verfügung stehen oder besondere Zweckverbände behufs Beschaffung ärztlicher Hilfe gebildet sind.

Daneben ist von besonderer Wichtigkeit und Bedeutung die Gemeindepflege und zwar nicht nur für die Zwecke der eigentlichen Krankenpflege, sondern ebenso sehr für die der vorbeugenden Armenkrankenpflege. In dieser Beziehung ist es die ebenso grosse wie dankbare Aufgabe der Gemeindepflegerin, den Sinn für Reinlichkeit in die Hütten der Armuth und des Elends zu bringen, richtige Grundsätze einer gesunden Ernährung, namentlich auch bezüglich der Kinderernährung zu verbreiten, und durch erziehliche Einwirkung auf die Frauen und das heranwachsende Geschlecht physischer und sittlicher Entartung, insbesondere auch der Branntweinpest entgegenzuwirken.

Es erhellt hieraus die ausserordentliche Bedeutung, die der Gemeindepflegerin für die gesundheitliche und wirthschaftliche Hebung der untern Volksklassen zukommt.

Aber auch bei der Durchführung des Krankenkassen-, Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetzes wird die Mithilfe der Gemeindeschwestern dankbar zu begrüssen sein, und zwar in der Richtung, dass sie dafür Sorge tragen, dass, wie die Kranken im Allgemeinen und die armen Kranken im Besonderen, so auch die Mitglieder von Krankenkassen wie desgleichen Unfallverletzte so schnell als möglich ärztlicher Hilfe zugeführt werden, nachdem sie, soweit erforderlich, die erste Nothhilfe geleistet haben. Sie werden ferner dafür zu sorgen haben, dass die ärztlicherseits angeordneten medicamentösen und sonstigen Maassnahmen auf's Sorgfältigste durchgeführt werden, während sie andererseits jeder über den Rahmen der eigentlichen Krankenpflege hinausgehenden Thätigkeit, wie desgleichen jedes selbstständigen Verordnens von Arzneien und Stärkungsmitteln, von Nothfällen abgesehen, sich zu enthalten haben. Je mehr die Thätigkeit der Gemeindeschwestern zugleich auch für Zwecke der Krankenkassen und weiterhin der Berufsgenossenschaften und Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten nutzbar gemacht wird, je leichter erreichbar ärztliche Hilfe und

sachgemässe Behandlung in einem Krankenhause zur Verfügung steht, um so erspriesslicher wird sie diese ihre Wirksamkeit auf dem Gebiet der vorbeugenden Armenkrankenpflege gestalten. Hier geeignete Organisationen zu schaffen, wie es beispielsweise im Landkreise Königsberg i. Pr. dank der Initiative des Vaterländischen Frauenvereins bereits seit Jahren der Fall ist, liegt ebenso im Interesse der Kranken selber wie der Kreis-Communalverwaltungen und der Organe der socialpolitischen Gesetzgebung.

Auf dem Gebiet der wirthschaftlichen Fürsorge sind, wie das Beispiel des Hauspflegevereins in Frankfurt a. M. beweist, die Frauen-Hauspflegevereine segensreich zu wirken berufen. Hauptsächlich soll diesen Hauspflegerinnen die Fürsorge für die Kinder, die Küche, die Wäsche u. s. w. in denjenigen Fällen obliegen, wo die Frau in Folge Krankheit an der Ausübung dieser ihrer Pflichten gehindert ist.

Für einzelne Zweige der Armenkrankenpflege, namentlich für die Pflege von Wöchnerinnen, sind ausserdem besondere Helferinnen und Pflegerinnen nothwendig, um deren Bereitstellung die Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins vielfach sich verdient gemacht haben. Besondere Erwähnung verdient hier der im Jahre 1894 von Professor Zimmer in Herborn gegründete evangelische Diakonie-Verein, der solchen Frauen, die die Gemeinschaft der Diakonissen-Familie des Mutterhauses nicht wünschen, in dem Verein zur Sicherstellung von Dienstleistungen der evangelischen Kirche eine Gemeinschaft bietet. Die Ausbildung erfolgt in speciellen Diakonie-Seminaren.

Von besonderer Bedeutung für die vorbeugende Armenkrankenpflege sind endlich die Armenpfleger und besonders die Armenpflegerinnen. Voraussetzung ist, dass sie ebenso wie die Gemeinde-Diakonissen und -Schwestern für ihren Beruf in ausreichender Weise vorbereitet sind. In neuerer Zeit sind einige Städte bereits dazu übergegangen, Armenpflegerinnen unter ihr angestelltes Armenpflegepersonal aufzunehmen, eine Einrichtung, die sich nach den Verhandlungen der 16. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit gut bewährt hat. In Cassel arbeiten in jedem der 13 Bezirke neben dem Armenrath eine bestimmte Zahl männlicher und zwei weibliche Armenpfleger und ein Armenarzt. Aufgabe der Armenpflegerinnen ist es vor Allem, darauf hinzuwirken, dass die bewilligten Geldbeträge in geeigneter Weise seitens der Empfänger verwendet werden. Ausserdem hat die Armenpflegerin die Aufgabe, die Pflegekinder ihres Bezirks zu überwachen und dieselben mindestens zweimal im Monat zu besuchen, und endlich haben die Armenpflegerinnen noch eine Art Wohnungsaufsicht in den der Stadt gehörigen und seitens derselben an kleine Leute vermieteten Wohnungen auszuüben und sich davon zu überzeugen, ob die Miether ihren Pflichten in Bezug auf Ordnung, Reinlichkeit und sittliche Führung nachkommen.

Von den Fällen abgesehen, wo Krankenhäuser am Ort oder nahe

gelegene Krankenhäuser mildthätiger Stiftungen oder Universitäts-Kliniken zur unentgeltlichen Aufnahme solcher Kranken zur Verfügung stehen, werden die Ortsarmen Kranken, und das ist die Regel, in ihren Wohnungen belassen, da die Ueberweisung an auswärtige Krankenanstalten in der Regel erhebliche Kosten verursacht und meist nur entweder auf Anordnung der vorgesetzten Behörde oder bei schweren operativen Fällen oder bei ansteckenden Krankheiten stattfindet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es noch heute eine grössere Zahl, namentlich von privaten Krankenhäusern giebt, die statutarisch die Aufnahme ansteckender Kranken ablehnen, eine Verkennung des ersten und wichtigsten Zweckes jedes Krankenhauses, durch möglichst frühzeitige Aufnahme und Isolirung solcher Kranken einer Verbreitung der verschleppbaren und übertragbaren Krankheiten entgegenzuwirken.

Tritt der Fall ein, dass ein Ortsarmer oder Zugereister plötzlich so krank wird, dass seine Transportfähigkeit fraglich erscheint, so befindet sich die Mehrzahl der ländlichen Gemeinden in Preussen in der grössten Verlegenheit. Ist ein Armenhaus vorhanden, so ist doch nur selten Jemand da, der die Wartung und Pflege übernehmen könnte, ganz abgesehen davon, dass die gewöhnlichen Armenhäuser zur Aufnahme solcher Kranken gänzlich ungeeignet sind. In diesem Falle bleibt nichts anderes übrig, als dem Kranken gegen Entgelt einen Wärter zu stellen oder ihn in einer Familie unterzubringen, die die Wartung und Pflege zu übernehmen bereit ist, beides Eventualitäten, deren Verwirklichung ausserhalb aller Berechnung und deren Durchführung nur unter besonders günstigen Verhältnissen möglich ist. Dass die Zuziehung ärztlicher Hilfe auf dem Lande in allen diesen Fällen in der Regel erst sehr spät oder gar nicht erfolgt, fällt um so weniger auf, als auch diejenigen, denen ihre öconomische Lage es gestatten würde, einen Arzt in Krankheitsfällen zu Rathe zu ziehen, mit dieser Zuziehung möglichst lange zögern oder auch ganz davon absehen, besonders wenn ein Kurpfuscher, wie in der Regel, in der Nähe ist. Es kommt hinzu, dass die Kosten für Zuziehung ärztlicher Hilfe auf dem Lande, ganz besonders in denjenigen Gegenden, wo die Aerzte sehr zerstreut wohnen, wie in Ost- und Westpreussen, Posen und Pommern, und wo auf dem Lande nur erst vereinzelt Aerzte ansässig sind, vielfach nicht unerhebliche sind. Während in den übrigen Landestheilen Preussens die Kosten für die offene Armenpflege von den Gemeinden bezw. den Gesammtarmenverbänden getragen werden, erhalten in den drei Casseler Aemtern die Ortsarmen auf Grund landesherrlicher Stiftungen freie Arznei vom Staat, der zugleich auch die Armenärzte besoldet.

Es ergibt sich hieraus, dass die offene Armenkrankenpflege in einem grossen Theil der Monarchie in erster Linie von der Einsicht und dem guten Willen des Gemeindevorstandes abhängig ist.

Dieser Mangel wird dadurch gesteigert, dass gegenüber den heutigen Ortsarmenverbänden, namentlich auf dem Lande, die Aufsicht eine unzureichende ist. Eine solche Aufsicht, wie sie in den Städten meistens

vermittelst ehrenamtlicher Kräfte und bezahlter Beamten geübt wird, auf dem Wege der Selbstverwaltung auch auf dem Lande einzurichten und mit der staatlichen Aufsicht in Verbindung zu bringen, ist ein dringendes Bedürfniss. Auch die Aufsicht, die nach dem Gesetz die höheren Verwaltungsbehörden auszuüben haben, bedarf nach der sanitätpolizeilichen Seite einer Ergänzung, in sofern es nothwendig ist, dass alle Einrichtungen, die der öffentlichen Armenpflege dienen, mit Einschluss der Armenhäuser und Hospitäler, der Siechen-, Waisen- und Rettungshäuser bezüglich Einrichtung und Verpflegung der Controle seitens des Medicinalbeamten dauernd unterstellt werden.

Es muss ferner darauf hingewirkt werden, dass überall da, wo Aerzte auf dem Lande ansässig sind, dieselben seitens eines grösseren Verbandes als Armenärzte verpflichtet werden, und dasselbe gilt für solche Ortschaften, die in der nächsten Umgebung der Städte gelegen sind; für die übrigen Ortschaften würden die nächst wohnenden Aerzte entsprechend zu verpflichten und die betreffenden Gemeinden oder Verbände zur Bestreitung der Arzt- und Arzneikosten, sei es in voller Höhe oder in einem bestimmten Verhältniss, heranzuziehen sein.

Für diese Bereitstellung nicht bloss armenärztlicher, sondern überhaupt ärztlicher Hilfe und deren Vermehrung auf dem Lande sprechen neben allgemeinen hygienischen und socialpolitischen Gründen auch solche nationalöconomischer Natur: von dem volkswirtschaftlichen Schaden abgesehen, den die Nichtzuziehung ärztlicher Hilfe bedeutet, unterliegt es keinem Zweifel, dass das Ueberwuchern der Kurfuscherei, ganz besonders auf dem Lande, das Ueberhandnehmen der kurirenden Schäfer, Lehrer und Wunderdoctoren, der Urinbeschauer, Naturheilkünstler und wie sie sich sonst nennen, seinen wesentlichen Grund in dem Mangel ärztlicher Hilfe hat und in der Schwierigkeit, solche zu erlangen. Wo bestimmte Zahlen vorliegen, konnte fast überall eine Zunahme der Kurfuscherei, und zwar eine recht erhebliche, nachgewiesen werden. So vermehrte sich im Königreich Sachsen die Zahl der gewerbsmässigen Kurfuscher von 323 im Jahre 1876 auf 503 im Jahre 1887 und 616 im Jahre 1892, und zwar betraf diese Zunahme sämtliche Regierungsbezirke, am stärksten die Bezirke Zwickau und Dresden.

Auch ist es Thatsache, dass die Verbreitung und das Ansehen der Kurfuscher und folgeweise auch der durch dieselben angerichtete Schaden auf dem Lande im Allgemeinen grösser ist als in den Städten. Bei einer Untersuchung dieser Verhältnisse für den Regierungsbezirk Oppeln, an der sich etwa ein Drittel der Aerzte betheiligte, wurden 67 gewerbsmässige Kurfuscher gezählt, von denen 49 auf das platte Land kamen.

Aus den periodisch-statistischen Erhebungen über das Heilpersonal ergibt sich für Preussen, dass der Andrang der Aerzte nach den grossen Städten in der Zunahme begriffen ist, dass dagegen für die Bevölkerung in den kleinen Städten und auf dem Lande die Beschaffung ärztlicher Hilfe immer schwieriger und kostspieliger geworden ist. Bezüglich der Vertheilung der Aerzte nach der Grösse der Gemeinden ergibt sich,

dass in den Gemeinden mit 5000 und weniger Einwohnern im Jahre 1876 40,2 pCt., im Jahre 1887 nur noch 34,0 pCt. der sämtlichen Aerzte im Staate thätig waren. Demgegenüber wurden in den Städten, welche über 5000 bis 50000 Einwohner hatten, im Jahre 1876 29 pCt., 1887 34,2 pCt. der sämtlichen Aerzte gezählt. Auf 14 Städte mit 50000 bis 100000 Einwohnern kamen 1876 12,7, 1887 13,2 pCt. der sämtlichen Aerzte. Endlich befanden sich zur Zeit der beiden Zählungen 1875 und 1885 im Stadtkreis Berlin 9,7 und 11,7 pCt. aller Aerzte des preussischen Staates.

Sehr erhebliche Unterschiede zeigen die einzelnen Bezirke in Bezug auf die quantitative Versorgung mit Aerzten, wie in Bezug auf die räumliche Ausdehnung des auf einen Arzt entfallenden Flächenraumes. Am ungünstigsten sind in dieser Hinsicht die dünn bevölkerten östlichen Bezirke gestellt. Entsprechend seiner Bevölkerungszunahme zeigte der Regierungsbezirk Oppeln eine erhebliche Zunahme der Aerzte in den letzten Jahren. Während im Jahre 1891 ein Arzt auf 5305 Einwohner entfiel, kam Ende 1894 ein Arzt bereits auf 4483 Einwohner. Von den 368 Aerzten des Bezirks im Jahre 1894 waren 80 in ländlichen Ortschaften thätig, vorwiegend indes im industriellen Theil des Regierungsbezirks.

An der Vermehrung der Aerzte, deren Zunahme im Jahre 1893 in Deutschland gegenüber dem Jahre 1887 22,2 pCt., gegenüber dem Vorjahre 5,4, in Preussen gegenüber dem Vorjahre 6,44 pCt. betrug, sind die östlichen Provinzen im Allgemeinen in viel stärkerem Maasse betheiligt als die westlichen Provinzen; so betrug im Jahre 1887 die Zunahme im Regierungsbezirk Gumbinnen 41, in Bromberg 33 pCt. der im Jahre 1876 ermittelten Aerzteziffer. Diese Zunahme in den östlichen Provinzen betraf indess ausschliesslich die grossen und mittelgrossen Gemeinden; letztere (mit 5000 bis 20000 Einwohnern) hatten im Osten des Staates durchschnittlich mehr Aerzte aufzuweisen als in den westlichen Provinzen, während in den kleineren Gemeinden ein weiterer Rückgang sich bemerklich machte.

In Württemberg wurden im Jahre 1897 unter Berücksichtigung der Städte von über 5000 Einwohnern je 100000 Stadtbewohner von durchschnittlich 92 Aerzten versorgt, während auf 100000 Landbewohner nur 21 Aerzte kamen.

Der hauptsächlichste Grund dafür, dass das platte Land in grosser Ausdehnung mit Aerzten ungenügend versorgt ist, liegt in dem Umstande, dass viele ländliche Gegenden, insbesondere die dünner bevölkerten des Ostens, dem Arzte nur unter besonderen Verhältnissen und unter Verzichtleistung auf Vieles, was das Leben schmückt, eine ausreichende Existenz zu bieten vermögen; hierzu kommen die erheblichen Anforderungen, die an die körperliche Leistungsfähigkeit des Landarztes gestellt werden, um es hinreichend zu erklären, wenn trotz der Ueberproduction an Aerzten das flache Land, namentlich im östlichen Theil der preussischen Monarchie, vielfach noch gänzlich unzureichend mit ärztlicher Hilfe

ausgestattet ist, ja in vielen Gegenden einen Rückgang der Zahl der Aerzte erkennen lässt.

Wie in der offenen Armenkrankenpflege auf dem Lande ausschliesslich die vielfach mangelnde Einsicht des Gemeindevorstandes entscheidet, so muss es als einer der grössten Uebelstände in der geschlossenen Armenkrankenpflege erachtet werden, dass anstaltsbedürftige arme Kranke entweder überhaupt nicht oder zu spät einer sachgemässen Anstaltspflege zugeführt werden. Im Interesse dieser Hilfsbedürftigen ist es erforderlich, dass die Anstaltspflege allen Kranken zugänglich gemacht wird, die einer besonderen Wartung und Pflege bedürfen, die sie in ihrer Behausung nicht finden können, ferner allen denjenigen, deren Wohnungs- und sonstige Verhältnisse eine Heilung und Wiederherstellung in ungünstiger Weise beeinflussen, oder zu deren Heilung gewisse technische Vorkehrungen erforderlich sind, die die Hauspflege nicht gewähren kann, sowie endlich allen an übertragbaren Krankheiten Leidenden. Neben diesen rein ärztlichen können auch wirthschaftliche Gesichtspunkte bei der Ueberweisung in Anstaltspflege mitbestimmend sein, und zwar in denjenigen Fällen, wo durch das Verbleiben der Kranken in der Familie Angehörige derselben in ihrer Erwerbsfähigkeit gestört werden. Namentlich gegenüber den dauernd Kranken — Geisteskranken, Epileptischen, Idioten, Siechen u. s. w. — wird dieser Gesichtspunkt sich geltend machen, soweit hier die Anstaltspflege nicht schon aus rein ärztlichen Gründen geboten ist. Ist der Begriff der Anstaltsbedürftigkeit in dieser Weise festgelegt, dann darf die Ueberweisung der armen Kranken nicht mehr wie bisher ausschliesslich von dem Befinden der Ortsarmenverbände abhängig sein, sondern dieselben müssen ebenso wie die Krankenkassen-vorstände gehalten sein, in den genannten Fällen die Anstaltspflege auch wirklich herbeizuführen, vorausgesetzt, dass ein Transport der Kranken nach ärztlichem Gutachten ohne Gesundheitsschädigung ausführbar ist. Wie hinsichtlich der Armenpflege im Allgemeinen fehlt es auch hier bei uns an jeder Controle der Thätigkeit der Armenverbände. Besser liegen in dieser Hinsicht die Verhältnisse in einigen der kleineren Bundesstaaten; so ist beispielsweise in Baden der Bezirksarzt verpflichtet, anstaltspflegebedürftige Gebrechliche, von deren Vorhandensein er Kenntniss erhält, dem Bezirksamt zu melden.

Die Höhe der Verpflegungssätze in den Krankenanstalten kann im Allgemeinen nicht als ein Hinderungsgrund für die Ueberweisung in die Anstaltspflege erachtet werden, nachdem in den allgemeinen Krankenanstalten der Grundsatz zum Princip erhoben ist, dass von den verpflichteten Ortsarmenverbänden, wie desgleichen von den Krankenkassenvorständen nur die Kosten der Verpflegung im eigentlichen Sinne erhoben werden, während die allgemeinen Verwaltungskosten, also insbesondere die Kosten der Errichtung und Unterhaltung der Anstalt, die Besoldung des ärztlichen und Pflegepersonals u. s. w. von den Krankenhausvorständen getragen werden. Die Nothwendigkeit hierfür ergibt sich aus der Erwägung, dass ebenso wenig wie die Armenverbände auch die

Mehrzahl der Krankenkassen nicht in der Lage sind, für sich die Anstaltspflege zu übernehmen. Von so durchgreifendem Einfluss das Krankenversicherungsgesetz auf die Anstaltspflege gewesen ist und noch weiter sein wird, würden doch die Krankenkassen in ihrer grossen Mehrzahl auch bei einer Erhöhung der Beiträge bis zur gesetzlich zulässigen Höhe nicht in der Lage sein, die wirklichen Kosten der Anstaltspflege für ihre Kranken zu übernehmen. Dem steht nicht entgegen, dass einzelne besonders grosse Fabriks- und Betriebskrankenkassen ebenso wie die Knappschaft eigene Krankenanstalten unterhalten, die, wie namentlich diejenigen der Knappschaft, im Allgemeinen allen Forderungen der Hygiene in vollkommenster Weise entsprechen und durch Verwerthung der neuesten Erfahrungen auf dem Gebiet der Krankenhauspflege vielfach anregend und fördernd auf weitere Kreise, namentlich soweit auch die privaten und von Corporationen unterhaltenen Anstalten in Frage kommen, gewirkt haben.

Trotz der geringen Höhe der Verpflegungssätze in den allgemeinen Krankenanstalten muss es als im öffentlichen Interesse gelegen erachtet werden, diese Kosten, soweit namentlich die Ortsarmenverbände für die Zahlung derselben aufzukommen haben, noch weiter zu ermässigen und eventuell bei rechtzeitiger Inanspruchnahme ganz fallen zu lassen. Dies gilt in erster Linie bezüglich der Geisteskranken, hinsichtlich deren ebenso wie der Epileptischen und Idioten, Taubstummen und Blinden die Anstaltspflege am meisten vorgeschritten und der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit in den Reglements der Provinzial-Irrenanstalten festzulegen versucht worden ist. Bis zu dem Gesetz vom 11. Juli 1891 galt der Grundsatz, dass die Provinzialverbände von den Ortsarmenverbänden möglichst wenig Kosten sich ersetzen liessen. Einzelne Provinzialverbände verpflegten alle Geisteskranken unentgeltlich, andere wenigstens die heilbaren und gemeingefährlichen und zum Theil auch die unvermögenden (Schlesien), wieder andere beschränkten sich auf die heilbaren. In der Rheinprovinz wurde gewöhnlich ein Freijahr bewilligt, um auf diese Weise die möglichst schnelle Zuführung der heilbaren Kranken zu den Anstalten zu erreichen; unheilbar gewordenen wurde die Freistelle alsbald wieder entzogen. Auf der anderen Seite war die Sorge für die Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden grossentheils den Ortsarmenverbänden überlassen, die nur insoweit eintraten, als den betreffenden Kranken Freistellen gewährt wurden. Nachdem das Gesetz vom 11. Juli 1891 ein Zurückgreifen auf die unteren Verbände hinsichtlich der Verpflegungskosten zugelassen hat, haben, soweit bekannt geworden, eine Reihe von Provinzen hiervon Gebrauch gemacht. Dass eine Heranziehung der Ortsarmenverbände bis zu einem Drittel des täglichen Verpflegungssatzes, so niedrig derselbe bemessen ist, nicht im öffentlichen Interesse gelegen ist, lehren die inzwischen gemachten Erfahrungen. Sehr häufig kommt es jetzt vor, dass Anträge, die im Interesse des Kranken wie der Umgebung nothwendig gestellt werden müssten, aus Scheu vor den entstehenden Kosten unterbleiben oder, wenn schon ge-

stellt, wieder zurückgenommen werden. So kommt es, dass in diesen Provinzen nur ein verhältnissmässig sehr geringer Theil der anstaltspflegebedürftigen Geisteskranken in Anstalten untergebracht ist, während die übrigen, über deren Zahl nur gelegentlich besonderer Zählungen Aufschluss gewonnen wird, jeder weiteren Controle entzogen bleiben. Es kommt hinzu, dass das Gesetz ausschliesslich die hilfsbedürftigen Geisteskranken berücksichtigt, und dass für die unvermögenden und minderbegüterten, nicht direct hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten und Epileptischen keinerlei Fürsorge getroffen ist; denn die Bestimmung, dass auch nicht hilfsbedürftige Geisteskranke, soweit es der Raum zulässt, unter besonders zu vereinbarenden Sätzen Aufnahme in die Provinzialanstalten finden können, wird dadurch illusorisch, dass diese Anstalten vielfach derart überfüllt sind, dass nach der erfolgten Anmeldung durchschnittlich 6—8 und mehr Wochen vergehen, ehe hilfsbedürftige und anstaltspflegebedürftige Geisteskranke aufgenommen werden (Schlesien). Dass alle diese Kranken, die in den Anstalten keine Aufnahme finden, in der Regel ein trostloses Dasein führen und vielfach dauernd an ihrer Gesundheit geschädigt werden, ist ebenso zuzugeben, wie die andere Thatsache, dass die gewöhnlichen Krankenanstalten zur Aufnahme anstaltspflegebedürftiger Geisteskranken gänzlich ungeeignet sind, da es an entsprechenden Einrichtungen wie an einem geschulten ärztlichen und Pflegepersonal durchaus mangelt und ausserdem derartige Kranke auf die Umgebung und die übrigen Kranken vielfach belästigend und störend wirken. Mehrfach sind deshalb die Kreise bereits der Erwägung näher getreten, um die Ausführung des Gesetzes nicht ganz illusorisch zu machen, auch das letzte Drittel der Verpflegungskosten zu übernehmen, wie das neuerdings in den Regierungsbezirken Wiesbaden, Liegnitz und Oppeln geschehen ist. Aehnlich scheint es hinsichtlich der Kostenvertheilung in den übrigen Bundesstaaten zu liegen; auch hier werden die Verpflegungskosten zwischen grösseren und kleineren Verbänden vertheilt. Nur in Elsass-Lothringen, wo die französischen Bestimmungen Geltung behalten haben, liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung erheblich günstiger, insofern hier die Irrenpflege zur Departements-(Bezirks-)Sache gemacht ist und die einzelnen Gemeinden dafür nicht in Anspruch genommen werden dürfen.

Wie gegenüber den Geisteskranken, Epileptischen und Idioten, ist auch gegenüber den sonstigen Kranken eine Entlastung der Ortsarmenverbände von der Tragung der Verpflegungskosten im Falle der Anstaltspflege im Interesse sowohl der Kranken wie der Allgemeinheit gelegen. Je früher auch diese Kranken den Heilanstalten zugeführt werden, um so mehr wird das wirtschaftliche und damit auch das öffentliche Interesse weiter Kreise gewahrt, was besonders ins Auge springt, wo es sich um Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder schweren Verletzungen handelt. Erst wenn diese Verpflichtung der Ortsarmenverbände hinweggeräumt oder wesentlich eingeschränkt ist, kann darauf gerechnet werden, dass alle anstaltspflegebedürftigen Kranken rechtzeitig den Heilanstalten zugeführt werden. Auch hier ist zu erwähnen, dass in Elsass-Lothringen

die drei Bezirke Zuschüsse zu den Hospitalern und Spital-Anstalten, deren es vor Kurzem 130 mit ungefähr 12000 Betten gab, gewähren, und dass sie ausserdem drei grosse Armenpflegeanstalten für erwerbsunfähige Kranke unterhalten. Im Regierungsbezirk Cassel stehen für diese Zwecke die acht staatlichen Landkrankenhäuser zur Verfügung, in denen die Kranken auf Kosten der Anstalt und des Bezirks unentgeltlich gepflegt werden.

Die Betheiligung grösserer Verbände an der Armenkrankenpflege ist von dem deutschen Verein für Armenpflege und Wohlthätigkeit wiederholt gefordert; am eingehendsten in den Beschlüssen der 7. Jahresversammlung in Stuttgart (1886). Während in Preussen durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 eine solche Betheiligung nur bezüglich der Geisteskranken etc. vorgesehen ist, hat in einer grösseren Zahl (11) der Bundesstaaten, darunter Sachsen, Württemberg, Bayern, Baden, Hessen, Oldenburg, Braunschweig, eine Heranziehung der grösseren Verbände durch besondere Gesetze im grösseren oder geringeren Umfange stattgefunden.

Was die Bereitstellung geschlossener Anstalten betrifft, so steht bezüglich der Versorgung mit Krankenhäusern ein Theil der mittel- und süddeutschen Staaten besser da als Preussen, und hier wieder sind es die westlichen Provinzen, in denen die Zahl der auf die Bevölkerung entfallenden Krankenhausbetten eine erheblich höhere ist als in den östlichen Provinzen. Kreis-Krankenhäuser gehören, abgesehen von Ost- und Westpreussen, Posen, Schlesien und neuerdings auch Pommern, zu den Seltenheiten, während von anderen deutschen Ländern Bayern (namentlich die fränkischen Kreise), Braunschweig, Württemberg, Baden, Sachsen und einige der mitteldeutschen Staaten mit Kreis- und Bezirks-Krankenhäusern ziemlich reich besetzt sind. Es kommt hinzu, dass die Staatsanstalten und Universitäten, die vielfach zur unentgeltlichen Verpflegung ortsarmer Kranker besonders verpflichtet sind, auf den kleineren Territorien dieser Staaten eine verhältnissmässig grössere Bedeutung haben als in räumlich ausgedehnteren Bezirken.

Eine weitergehende Betheiligung der Kreise an der geschlossenen Armenkrankenpflege ist, von Zuschüssen zur Unterbringung von Geisteskranken, Idioten, Epileptikern, Taubstummten und Blinden abgesehen, nur vereinzelt geblieben. So haben in Ostpreussen einzelne Kreise Siechenhäuser errichtet und die Unterhaltung derselben übernommen; die masurischen Kreise tragen die Kosten für Heilung der Syphilis, noch andere Kreise die Kosten für Heilung von ansteckenden Augenkrankheiten. Auf Grund von Kreistagsbeschlüssen werden ausserdem vielfach Beihilfen zur Unterbringung von Siechen und Kranken in öffentlichen oder Privatanstalten gewährt, auch regelmässige Beihilfen zu Spezialkliniken, zu Kinderheilstätten etc. geleistet.

In anderen deutschen Ländern kommen hinzu die Fürsorge des Staates für besondere Zwecke der Armenkrankenpflege in geschlossenen Anstalten sowie die Beihilfen an Aerzte, die beispielsweise Bayern und Sachsen aufweisen, um auch ärmeren Landstrichen die Wohlthat ärzt-

licher Hilfe zu sichern. Hierher gehören auch die Gehälter, die Württemberg für seine 64 Oberamtsärzte, die zugleich als Armenärzte fungiren, und Sachsen-Altenburg für seine Armenärzte und Chirurgen zahlt, ferner die Zuschüsse für Armenbäder, für orthopädische Heilzwecke und sonstige Unterstützungen für Heilzwecke, die in Württemberg und Baden gezahlt werden. In Braunschweig gewährt der Staat aus dem Kloster- und Studienfonds, sowie durch Unterhaltung von Kranken- und Erziehungsanstalten reichliche Beihilfen zur öffentlichen Armenpflege, während ausserdem die Kreis-Communalverbände nicht bloss Kranken-, Armen-, Waisen-, Werk- und Rettungshäuser für den Kreis unterhalten oder den Gemeinden zur Errichtung solcher Anstalten Beihilfen gewähren, sondern auch unvermögenden Ortsarmenverbänden Unterstützungen zukommen lassen.

Die Vertheilung der allgemeinen Krankenanstalten in Preussen (mit Ausnahme der Militärlazarethe) nach den Stellen, von welchen sie unterhalten werden, sowie nach der auf jede Kategorie entfallenden Bettenzahl veranschaulicht die nachstehende Zusammenstellung¹⁾.

Allgemeine Heilanstalten nach dem Besitzverhältnisse.	Zahl der Anstalten	Zahl der Betten	p.M. der Betten
I. Staatsanstalten	91	6390	84,9
a) Unterrichtsanstalten zur Ausbildung d. Aerzte	19	4274	56,8
b) Gefängnisslazarethe	72	2116	28,1
II. Anstalten der Provinzialverbände	16	1612	21,4
III. Anstalten der Bezirksverbände	8	855	11,4
IV. Anstalten der Kreise	83	2692	35,8
V. Anstalten politischer Gemeindeverbände	524	26967	358,5
a) Städtische Anstalten	502	26526	352,6
b) Anstalten ländlicher Gemeinden	22	441	5,9
VI. Anstalten von Religionsgemeinden	176	8753	116,1
a) Anstalten evangelischer Gemeinden	35	1763	23,4
b) „ katholischer „	138	6744	89,7
c) „ jüdischer „	3	226	3,0
VII. Anstalten relig. Orden und Genossenschaften	183	12265	163,0
a) evangelische	68	5731	76,2
b) katholische	115	6534	86,3
VIII. Anstalten des Vaterländ. Frauenvereins etc.	24	1265	16,0
IX. Milde Stiftungen	191	10351	137,6
X. Knappschaftskrankenanstalten	18	909	12,1
XI. Fabrikarbeiter- u. s. w. Krankenanstalten	17	725	9,6
XII. Anstalten von Privatpersonen	110	2520	33,5
darunter von Aerzten	85	1684	22,4
Ueberhaupt	1441	75224	1000,0

Dass ausserdem ein grosser Theil der Armenarbeitshäuser in Schleswig-Holstein und Hannover mit Krankenstationen versehen sind,

¹⁾ Statistisches Handbuch für den Preussischen Staat. II. Bd. 1893. S. 409.

die auch in dieser Beziehung vielfach zweckentsprechend eingerichtet sind, wurde bereits erwähnt.

Während bei uns im Allgemeinen ländliche Krankenhäuser, seitens einzelner oder mehrerer Gemeinden errichtet, mit Ausnahme der Industriebezirke zu den Seltenheiten gehören, bestehen im Grossherzogthum Hessen in einer grösseren Zahl der bedeutenderen Landgemeinden Krankenhäuser mit zum Theil genügenden Einrichtungen, und nur in einigen entlegeneren Kreisen macht sich das Bedürfniss nach Vermehrung der Krankenhäuser geltend. Im nördlichen Bayern haben 47 Gemeinden eigene Krankenanstalten, dazu kommen 41 Districtskrankenhäuser mit durchschnittlich 15 Betten; ausserdem sind hier alle Gemeinden verpflichtet, besondere Krankenstuben zu halten, deren zweckentsprechende Ausstattung controlirt wird. Am häufigsten ist die Verpflegung der Kranken in den Districtskrankenhäusern, die allen Anforderungen entsprechen, und deren leitender Arzt in der Regel der Bezirksarzt ist, wenn sich das Krankenhaus am Wohnsitz desselben befindet. Das südliche Bayern hat 90 solcher Districtskrankenhäuser, deren Einrichtung und Unterhaltung Sache der Districtsgemeinden ist. Da die Verpflegungsgebühr in diesen Krankenhäusern eine sehr niedrige ist, wird von der Wohlthat derselben bei Unterbringung armer Kranker gern Gebrauch gemacht.

Von den preussischen Provinzen weisen verhältnissmässig die meisten Krankenhäuser auf dem Lande die Provinzen Rheinland und Westfalen auf. Die grosse Mehrzahl dieser Krankenhäuser ist Eigenthum kirchlicher Gemeinden, kirchlicher Vereine, milder Stiftungen und geistlicher Genossenschaften, wie auch die Krankenpflege in denselben sich vorzugsweise in den Händen von Mitgliedern geistlicher Genossenschaften und Orden befindet. Viele dieser Krankenhäuser auf dem Lande dienen gleichfalls zur Unterbringung alter erwerbsunfähiger Personen. Von den ca. 170 Krankenhäusern der Provinz Westfalen liegt etwa ein Fünftel in ländlichen Ortschaften. Im Regierungsbezirk Münster, der am reichsten mit Krankenhäusern ausgestattet ist, begegnen wir Krankenhäusern auch in ländlichen Ortschaften, in denen ein Arzt nicht ansässig ist, so dass der nächstwohnende Arzt die ärztliche Leitung ausübt. Dasselbe ist vereinzelt auch im Regierungsbezirk Oppeln der Fall, wo von den 116 im Jahre 1894 vorhandenen Krankenanstalten 60 in ländlichen Ortschaften und zwar hauptsächlich im Industriebezirk sich befanden. In andern Bezirken, beispielsweise im Regierungsbezirk Minden, macht sich der Unterschied in der Versorgung mit Krankenhäusern je nach der Confession der Bewohner dahin geltend, dass diejenigen Theile des Bezirks, deren Bevölkerung vorwiegend evangelisch ist, hinter denjenigen Theilen, die eine vorwiegend katholische Bevölkerung haben, zurückstehen. In Hannover sind in einigen wenigen ländlichen Gemeinden Krankenhäuser, die theils von Ortsarmenverbänden, theils von kirchlichen Verbänden begründet sind und von denselben unterhalten werden; im Ganzen finden sich in der Provinz 17 solcher ländlichen Krankenhäuser.

Dass die Zahl der Kreis-Krankenhäuser trotz ihrer stetigen Ver-

mehring immer noch nicht eine dem Bedürfniss entsprechende ist, dass die weitere Vermehrung derselben in den meisten Ländern ein dringendes Erforderniss der öffentlichen Gesundheit ist, wird allgemein zugegeben.

Ausser in dem grössten Theil der östlichen Provinzen Preussens liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung besonders ungünstig in einem Theil der Provinz Hannover und in Theilen der Regierungsbezirke Wiesbaden und Cassel.

Was die Städte und deren communale Krankenhäuser betrifft, so giebt es, und zwar nicht blos im Osten der Monarchie, immer noch eine grosse Zahl von Städten, die eine allgemeine Krankenanstalt überhaupt nicht besitzen, sondern ihre Kranken nöthigenfalls in Miethswohnungen unterbringen, oder in ihren Armenhäusern nothdürftig eingerichtete Räume zur Aufnahme von Kranken bereit halten. Noch häufiger, und in den kleinen Städten fast durchweg, geschieht es, dass die Krankenhäuser von Alters her gleichzeitig der Pflege alter und gebrechlicher Leute dienen. Als eine sehr bedenkliche Aushülfe muss es erachtet werden, wenn in einigen Fällen mit einem Herbergswirth ein Abkommen dahin getroffen wurde, vorkommendenfalls die erkrankten Ortsarmen und Mitglieder von Krankenkassen aufzunehmen und zu diesem Zweck ein besonderes Zimmer bereit zu halten, wie solche Fälle vereinzelt berichtet werden.

Von diesen Krankenhäusern ist nur ein Theil in der Lage, Kreisranke aufzunehmen, schon deshalb, weil die Zahl der Betten meistens eine sehr beschränkte ist. Es kommt hinzu, dass dieselben seitens der Kreise vielfach, und nicht mit Unrecht, für ungeeignet erachtet werden. Und in der That ist ein grösserer Gegensatz kaum denkbar, als zwischen den Musteranstalten, wie sie die neuern Krankenhäuser vieler grossen Städte wie auch einzelner Kreise darstellen, und den Krankenhäusern vieler kleinen Communen, namentlich im Osten der Monarchie. In vielen Fällen der letzteren verdienen diese Häuser, in denen gelegentlich und meist nur bei Unglücksfällen oder plötzlichen schweren Erkrankungen Kranke untergebracht werden, nicht den Namen eines Krankenhauses. Abgesehen von den baulich vielfach ungünstigen Verhältnissen, der Mangelhaftigkeit ihrer Einrichtung und Ausrüstung, wird ein Verständniss für die Forderungen und Aufgaben der Krankenhaushygiene nicht bei allen Leitern dieser Anstalten, namentlich nicht in den kleineren Städten, angetroffen. Es kommt hinzu, dass das Warte- und Pflegepersonal in Fällen, wo nicht Diakonissen oder Schwestern die Pflege ausüben, in der Mehrzahl jeder technischen Vorbildung entbehrt; meist sind es frühere Handwerker oder Arbeiter, bisweilen auch ledige weibliche Personen derselben Volksklasse, die diese schlecht dotirten Krankenhauswärterstellen bekleiden, und die auszubilden in der Regel weder das Krankenmaterial noch die Befähigung der Betreffenden ausreicht. In Folge dieser ungenügenden Vorbildung, verbunden mit einer ebenso ungenügenden Kenntniss der ökonomischen Leitung, sind fehlerhafte Ausführungen der ärztlichen Anordnungen und

Unterlassungen, wie auch Mängel in der Verpflegung besonders da, wo bestimmte Kostformen nicht vorgeschrieben sind, keine seltenen Vorkommnisse.

Ueber das Verhältniss der erforderlichen Krankenbetten zur Bevölkerungsziffer fehlt es an zuverlässigen Zahlen, und zwar deshalb, weil, wie erwähnt, bisher nur ein kleiner Theil der anstaltsbedürftigen Kranken den allgemeinen Krankenanstalten überwiesen wird. Nach den Mittheilungen des „statistischen Jahrbuchs deutscher Städte“ entfielen 1889 in Hamburg auf je 1000 Einwohner etwa 5 Betten der sämtlichen allgemeinen Krankenanstalten, in Berlin etwas über 4, in Köln 5,7, in Stuttgart 6, in Potsdam 6,8. Da diese Zahlen sich überwiegend nur auf die unbemittelten Bevölkerungsklassen beziehen, wird das wirkliche Bedürfniss als ein erheblich höheres anzunehmen sein, zumal das Krankenversicherungsgesetz eine zunehmende Inanspruchnahme der Krankenanstalten zur Folge hat. Zu berücksichtigen bleibt hier, dass dieses Bedürfniss nicht überall das gleiche ist, da die Erkrankungshäufigkeit je nach der Oertlichkeit, nach der Zusammensetzung der Bevölkerung, dem Grade des Wohlstands, dem Vorwiegen oder Zurücktreten der Dichtigkeit des Zusammenwohnens u. s. w. verschieden ist. Immerhin sind die hierdurch bedingten Verschiedenheiten keineswegs so erheblich, um die ausserordentlich grossen Ungleichheiten begründet erscheinen zu lassen, die die verschiedenen Gegenden in der Ausstattung mit allgemeinen Krankenanstalten aufweisen.

Nach dem statistischen Handbuch für den preussischen Staat (Bd. II. S. 410) kamen 1891 in den preussischen Regierungsbezirken auf je 100 000 Einwohner folgende Zahlen von Krankenbetten in den allgemeinen öffentlichen und privaten Krankenanstalten: Stade 92, Bromberg 94, Gumbinnen 94, Frankfurt a./O. 121, Posen 126, Merseburg 138, Köslin 143, Lüneburg 144, Liegnitz 150, Erfurt 156, Marienwerder 157, Hannover 164, Magdeburg 166, Potsdam 169, Oppeln 175, Königsberg 185, Cassel 191, Danzig 197, Stettin 199, Hildesheim 222, Schleswig 229, Osnabrück 263, Stralsund 266, Breslau 332, Arnberg 338, Aachen 339, Düsseldorf 364, Sigmaringen 387, Minden 413, Berlin 437, Köln 499, Münster 569.

Es erhellt aus dieser Zusammenstellung, dass die Ausstattung mit Krankenanstalten in grossen Theilen der Monarchie eine unzureichende ist, und dass auf diesem Gebiet noch ausserordentlich viel zu thun bleibt. Zu einem Theil dürfte in Uebereinstimmung mit Brückner die Ursache darin zu finden sein, dass es an gesetzlichen Bestimmungen fehlt, welche die öffentlichen Verbände zur Unterhaltung geeigneter und ausreichender Anstalten verpflichten, soweit es sich nicht um anstaltspflegebedürftige Geistesranke, Epileptische u. s. w. handelt. Wenn auch nicht verlangt werden kann, dass jede Gemeinde ihren Kranken ein eigenes Krankenhaus zur Verfügung stellt, so muss doch gefordert werden, dass überall Vorbereitungen dahin getroffen werden, dass bei ein-

tretenden Nothfällen, wie insbesondere beim Auftreten ansteckender Krankheiten und bei Unglücksfällen einige Betten in geeigneten Räumlichkeiten und zweckentsprechende Transportgeräthschaften zur Verfügung stehen. Von diesen Nothfällen abgesehen, muss ausserdem für jeden grössern Gemeindecoplex, der nur bei sehr kleinen und räumlich begrenzten Kreisen den ganzen Kreis umfassen darf, ein geeignetes Krankenhaus nebst den erforderlichen Krankentransportgeräthschaften bereit gestellt werden. Von den speciellen Krankenzwecken dienenden Krankenanstalten abgesehen, wird es in Rücksicht auf den Transport der Kranken rätlicher sein, statt einzelner grösserer Anstalten mehrere kleinere Anstalten zu errichten.

Die Sorge hierfür, wie für die geschlossene Siechen- und Waisenflege würden in Preussen grössere territoriale Verbände, und zwar entweder die Kreise oder ad hoc gebildete Zweckverbände zusammenliegender grösserer Gemeinden zu übernehmen haben, da die Amtsbezirke für diesen Zweck im Allgemeinen als viel zu klein sich erweisen. Auch wird auf diesem Gebiet die Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz besonders dankbar zu begrüssen sein.

Im Regierungsbezirk Oppeln standen am Schluss des Jahres 1891 insgesamt 104 Anstalten zur Aufnahme von Kranken mit zusammen 4000 Betten zur Verfügung. Im Jahre 1894 war die Zahl derselben auf 116 mit 4680 Betten gestiegen, d. h. es kamen auf je 10 000 Einwohner 28,7 Betten. Dieser Durchschnitt wurde am erheblichsten übertroffen von den industriellen Kreisen Beuthen mit 64, Kattowitz mit 57 und Zabrze mit 51 Betten auf je 10 000 Einwohner. Von den 116 Krankenanstalten waren öffentliche 48, darunter 5 Kreis-Krankenhäuser, 30 communale Krankenanstalten in den Städten und 13 in den ländlichen Gemeinden. Von den 68 Privat-Krankenanstalten waren von Orden gegründet 6 mit 335 Betten, von milden Stiftungen 19 mit 738 Betten, von den Vorständen der Knappschaft, der Hütten, der Bezirkskrankenkassen 20 mit 1818 Betten, von Privaten 23 mit 505 Betten. In den Städten des Bezirks standen zur Verfügung 4 Kreis-Krankenhäuser, 30 communale Krankenanstalten, 6 Krankenhäuser von Orden, 5 Knappschaftslazarethe und 11 Privatkrankenanstalten, zusammen 2396 Betten oder 67 auf je 10 000 Einwohner, während auf dem Lande 2284 Betten oder 17,8 auf je 10 000 Einwohner zur Verfügung waren.

Als dringend nothwendig erweist sich gegenüber der gesteigerten Inanspruchnahme der Krankenanstalten eine damit Hand in Hand gehende Entlastung derselben, sei es in Anstalten anderer Art oder in Familienpflege. In ersterer Hinsicht kommen hauptsächlich die Siechen und Reconvalescenten, in letzterer Hinsicht die Geisteskranken und Idioten in Frage. Da für Sieche und Reconvalescenten die kostspieligen Einrichtungen der gewöhnlichen Krankenanstalten entbehrlieh sind und demgemäss auch die Pflegekosten sich niedriger stellen, entspricht die

Bereitstellung besonderer Siechen- und Reconvalescentenhäuser gleichzeitig auch einem wirthschaftlichen Bedürfniss.

Eine andere Art der Entlastung ist in der Ausdehnung der Familienpflege gegeben, nur wird es nicht immer leicht sein, hierfür geeignete und bereite Familien ausfindig zu machen. So werden Taubstumme und Blinde nach erfolgter Ausbildung am besten in geeigneten Familien untergebracht, wo sie in dem erlernten Gewerbe beschäftigt werden können. Dieselbe Art der Unterbringung kann sich für Idioten und ruhige Irre empfehlen, soweit nicht hier Unterbringung und Beschäftigung in besonderen Anstalten vorgezogen wird. Auch hinsichtlich der eigentlichen Geisteskranken und Idioten hat die Familienpflege in den letzten Jahren eine grössere Ausbreitung gewonnen. Dass hierfür nur ruhige Kranke, abgelaufene Fälle, bei denen ernstere Erregungszustände nicht mehr zu befürchten sind, geeignet sind, liegt ebenso auf der Hand, wie die andere Voraussetzung, dass die Pflegeeltern hierzu besonders geeignet sein müssen, und dass für die Kranken Arbeitsgelegenheit vorhanden sein muss. Um die nothwendige und fortlaufende Controle derselben zu ermöglichen, erscheint es räthlich, solche Familien-Pflege-Colonien zunächst an die Irrenanstalten anzugliedern und mit der Unterbringung solcher ruhigen Kranken zunächst in der Umgebung dieser Anstalten vorzugehen, wie es seitens der Berliner Irrenanstalten in den letzten Jahren geschehen ist.

Auch eine Reihe specieller Bedürfnisse der Armenkrankenpflege, wie die Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Lungenkranke, für scrofulöse Kinder in den See- und Soolbädern sind berufen, entlastend auf die allgemeinen Krankenanstalten zu wirken, weshalb die Förderung aller derartigen Unternehmungen im wohlverstandenen Interesse der Communen gelegen ist, wie nicht minder die Förderung aller derjenigen Bestrebungen, die, wie die Einrichtung von Ferienkolonien, von Jugend- und Volksspielen die Widerstandsfähigkeit der heranwachsenden Generation zu heben und damit die Erkrankungsziffer herabzusetzen geeignet sind. Wie die öffentliche Armenpflege ist auch die private berufen, diesen Bestrebungen ihre Unterstützung zuzuwenden. In dieser Richtung verdient die bereitwillige und zielbewusste Mitwirkung der Vereine vom Rothen Kreuz bei der Errichtung von Volksheilstätten für Lungenkranke besondere Erwähnung und Anerkennung. Diese Unterstützung wird sich, von der Errichtung eigener Heilstätten abgesehen, einmal darauf zu richten haben, dass alle diejenigen Kranken, für die Communen, Krankenkassen und Invaliditätsanstalten nicht eintreten, rechtzeitig den Heilstätten zugeführt werden. In Frage würden hier Dienstboten, land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, die nicht dem Krankenversicherungszwang unterliegen, desgleichen kleine Handwerker kommen, die, wie alle Hausgewerbetreibende und die in eigener Behausung thätigen Wäscherinnen, Plätterinnen, Schneiderinnen u. s. w. der Invaliditätsversicherung nicht unterworfen, sondern nur berechtigt sind, sich selbst zu versichern.

In zweiter Linie würde die Mithilfe des Vaterländischen Frauenvereins bei der Unterstützung der Angehörigen Erkrankter in Frage kommen in Ergänzung der wenig zureichenden Familienunterstützung, zu der die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind. Eine Ergänzung dieser Familienunterstützung ist nicht bloß im wirtschaftlichen Interesse dieser Familien dringend erforderlich, sondern auch direct im gesundheitlichen Interesse der Insassen der Heilstätten gelegen, die nur, wenn sie ihre Angehörigen ausreichend versorgt wissen, diejenige Ruhe und Zufriedenheit haben werden, die die Voraussetzung einer günstigen Einwirkung aller hygienischen und diätetischen Maassnahmen bildet. Auch bei der Beschaffung der erforderlichen Ausrüstung der Kranken selber wird die Mitwirkung des Vaterländischen Frauenvereins erwünscht sein.

Niemals darf über dem Streben nach Entlastung der Krankenanstalten die wichtige Sorge ausser Acht gelassen werden, die Bewahrung, Cur und Verpflegung im Falle der Heilbarkeit nicht eher zu unterbrechen, als bis der Kranke wieder in den Vollbesitz seiner körperlichen und geistigen Kräfte gelangt ist. Ganz besonders ist es die zu frühzeitige Entlassung armer Geisteskranker, die ebenso sehr den Einzelnen wie die Gesammtheit schädigt und um so bitterer sich rächt, wenn solche Kranke in Folge mangelnder Fürsorge entweder dem Verbrechen in die Arme getrieben werden, oder dem socialen Elend verfallen, bis sie von Neuem wieder der Anstalt überwiesen werden.

Zu den Maassnahmen, die eine Erleichterung der Armenkrankenpflege bezwecken, gehört endlich noch die Errichtung sogenannter Kranken-Mobilien-Magazine, wie solche Einrichtungen bereits seit längerer Zeit in der Schweiz, in Frankreich und vereinzelt auch bei uns durch die Initiative Einzelner (Hecker in Weissenburg i. Els., Hensgen in Siegen) oder der Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins ins Leben gerufen sind. Beispielsweise waren im Canton Zürich im Jahre 1890 von 119 Gemeinden bereits 95 mit derartigen Magazinen versehen und im Grossherzogthum Baden waren von 224 Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins 95 im Besitz von Krankenpflegegeräthschaften. Diese Magazine haben den Zweck, die vom Arzte verordneten Apparate und Geräthschaften — Badewannen, Eisbeutel, Irrigatoren, Drahtschienen, Luft- und Wasserkissen, Thermometer, Fahrstühle, Hebeapparate u. a. — den Armenverbänden oder den unbemittelten Kranken selber leihweise zu überlassen. Voraussetzung ist jedesmalige gründliche Reinigung bzw. Desinfection derselben nach stattgehabtem Gebrauche. Gemeinden, Krankenkassen, wohlthätige und gemeinnützige Vereine würden sich zweckmässig zur Einrichtung und Unterhaltung von Kranken-Mobilien-Magazinen vereinigen. Ein besonderes Bedürfniss für derartige Einrichtungen wird sich namentlich in kleineren Städten und solchen ländlichen Gegenden geltend machen, die mit allgemeinen Krankenanstalten nur spärlich ausgestattet sind.

Die Fürsorge für Sieche (unheilbare Kranke) und Gebrechliche lässt in den meisten Provinzen Preussens, insbesondere auch in Pommern,

Brandenburg, Posen, Schlesien, Sachsen und Hessen-Nassau zu wünschen übrig und hat auch in dem Gesetz vom 11. Juli 1891 keine Erledigung gefunden. Nach § 31 dieses Gesetzes sind die Landarmenverbände, Kreise und die aus mehreren Gemeinden und Gutsbezirken zusammengesetzten Communalverbände auch ferner nur befugt, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen, und dasselbe gilt hinsichtlich hilfsbedürftiger Kranker. Relativ gut sind die Verhältnisse in Ost- und Westpreussen, ausserdem in Baden, wo die sogenannten Kreis-Pflegeanstalten der regelmässigen Controlle der Bezirksärzte unterstellt sind, in Bayern und Elsass-Lothringen. Die vorhandenen Siechenhäuser sind theils geistliche oder Familien-Stiftungen theils communale Einrichtungen oder aus Mitteln der Provinzen hervorgegangen. In den Städten macht sich dieser Mangel an geeigneten Anstalten zur Unterbringung Siecher vielfach in der Weise bemerklich, dass die Krankenanstalten, wie schon erwähnt, von Personen überfüllt sind, die gar kein Objekt ärztlicher Behandlung sind, sondern als chronisch Kranke und Gebrechliche in die Pflege eines Siechenhauses gehören. Diese Art der Unterbringung der Siechen in den städtischen Krankenhäusern, sei es in besonderen Abtheilungen derselben oder ohne Trennung von den eigentlichen Kranken ist besonders verbreitet in Pommern, Schlesien und Brandenburg. Auf dem Lande geschieht die Unterbringung der Gebrechlichen und Siechen entweder bei Familienangehörigen oder bei Fremden gegen Entgelt, häufig auch in den elenden Armenkathen.

Was endlich die gleichfalls durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geregelte Anstaltspflege der Taubstummen und Blinden betrifft, so ergibt sich aus den schulstatistischen Erhebungen, dass die Förderung der in Gehör und Sprache nicht vollsinnigen Kinder im letzten Jahrfünft weitere Fortschritte gemacht hat, insoweit wenigstens der äussere Umfang der Fürsorge hierfür einen Gradmesser abgiebt. Im Jahre 1891 waren in Preussen 40 öffentliche Taubstummenanstalten vorhanden, gegenüber 38 im Jahre 1886. Die Gesamtzahl der in den sämtlichen öffentlichen und privaten Anstalten unterrichteten taubstummen Kinder betrug 1886: 3913, 1891: 4080; von letzteren waren 2348 Knaben und 1732 Mädchen. Auf je 9,7 Zöglinge kam in den öffentlichen Anstalten eine vollbeschäftigte Lehrkraft, in den Privatanstalten erst auf 10,6 Zöglinge. Trotz der zunehmenden Fürsorge findet sich noch immer eine grosse Zahl taubstummer Kinder in den Volksschulen.

In gleicher Weise bleiben auch eine grössere Zahl blinder Kinder aus missverständener Elternliebe den Blindenanstalten entzogen; im Jahre 1891 waren es nicht weniger als 220 blinde Kinder, die in den öffentlichen Volksschulen nothdürftig mitversorgt wurden. Mit Ausnahme von Hohenzollern besitzt zur Zeit jede preussische Provinz eine Blindenanstalt, Westfalen und Hessen-Nassau besitzen deren zwei. In diesen 15 Blindenanstalten betrug die Zahl der blinden Kinder im Jahre 1891: 635; ausserdem enthalten sie noch eine Anzahl nicht schulpflichtiger Insassen, welche dort eine handwerksmässige Ausbildung erhalten.

Daneben bestehen noch eine Reihe gut besuchter Privat-Blinden-Anstalten, welche die Pflege und Erwerbsfähigkeit blinder Personen auch über die Zwecke unterrichtlicher Versorgung hinaus zu sichern bemüht sind. Dass die Wohlthat der Blinden-Anstalten mehr und mehr allgemeine Anerkennung findet, wozu vornehmlich die an den ehemaligen Zöglingen derselben im bürgerlichen Leben gemachten Erfahrungen wesentlich beigetragen haben, kann als eine in sozialer Beziehung besonders erfreuliche Thatsache bezeichnet werden.

III.

Was die Bereitstellung armenärztlicher Hilfe betrifft, so waren in Bayern die Bezirksärzte ursprünglich zur unentgeltlichen Behandlung der Armen ihres Bezirks verpflichtet. Mit Rücksicht darauf, dass dies in den meisten Fällen ohne Beeinträchtigung ihrer sonstigen Dienstobliegenheiten nicht möglich war, schlossen zahlreiche Gemeinden oder auch grössere Districte Verträge mit Aerzten ab, wonach letztere gegen bestimmte Vergütung die Behandlung der armen Kranken übernahmen. So zahlten in der bayerischen Pfalz im Jahre 1882 120 Gemeinden feste Remunerationen an Aerzte im Betrage von 27588 Mark und ausserdem für Spitalärzte und Districts-Krankenanstalten 7936 Mark.

In Württemberg haben die in den 64 Oberämtern als Staatsbeamte angestellten Oberamtsärzte und die in 57 Oberamtsbezirken von den Oberamtscorporationen mit Wartegeld angestellten Oberamtswundärzte die Orts- und Landarmen des Bezirks gegen Ersatz der Reisekosten aus den betreffenden Armenkassen unentgeltlich zu behandeln. Ebenso ist den 180 von Amtscorporationen, Gemeinden und öffentlichen Stiftungen besoldeten Aerzten in der Regel die Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung der Armen auferlegt.

In Baden und ebenso in Sachsen haben die meisten Gemeinden bezw. Bezirke Verträge mit Aerzten abgeschlossen, wonach diese die armen Kranken entweder unentgeltlich oder gegen bestimmte geringe Vergütung, die aus der Gemeindekasse bezahlt wird, zu behandeln haben, unter mehr oder weniger erheblichen Zuschüssen seitens des Staats.

Nach der Dienstanweisung vom 1. Januar 1886 können die Bezirksärzte in Baden durch das Ministerium des Innern verpflichtet werden, die Behandlung erkrankter Armer gegen entsprechende Vergütung aus der Gemeindekasse zu übernehmen, wenn die Gemeinde nicht im Stande ist, durch Vertrag mit einem Arzt für die ärztliche Behandlung ihrer erkrankten Armen genügende Vorsorge zu treffen. Auch hat der Bezirksarzt darüber zu wachen, ob in den einzelnen Gemeinden des Bezirks für die ärztliche Behandlung der Armen in Erkrankungsfällen in entsprechender Weise Sorge getragen ist und etwaige Mängel der von den Gemeinden getroffenen Einrichtungen behufs Herbeiführung der Abhilfe nöthigenfalls zur Kenntniss des Bezirksamts zu bringen. Desgleichen

ist der Bezirksarzt zur Mitwirkung der Ueberwachung der Pflege-Kinder berufen, zu welchem Zweck er sich bei passender Gelegenheit zu vergewissern hat, ob diese in Bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung und ärztlichen Beistand nicht vernachlässigt sind, und geeignetenfalls Anzeige zu machen. Endlich hat der Bezirksarzt in Baden die Kreis-Pflegeanstalten seines Bezirks halbjährlich zu besichtigen und bei der Besichtigung vorgefundene Mängel und Unzuträglichkeiten zur Kenntniss des Kreishauptmanns zu bringen.

Im Grossherzogthum Hessen ist es nur ein Theil der Gemeinden, der durch Verträge mit Aerzten für ärztliche Behandlung seiner armen Kranken Sorge trägt.

Im Grossherzogthum Sachsen-Weimar sind die Bezirksärzte nach § 4 der Medicinal-Ordnung zur Behandlung der armen Kranken ihres Bezirks, sowie der Pflinglinge der grossherzoglichen Waisenanstalt verpflichtet, und zwar dürfen sie bei diesen Besuchen Transportkosten nicht in Anspruch nehmen, wohl aber Tagegelder, die sie im ersteren Fall bei den Gemeinden, im letzteren Fall beim Waisenhaus zu liquidiren haben. Das Gehalt dieser weimarischen Amtsphysiker schwankt je nach der Grösse der 26 Kreise zwischen 490 und 990 Mark, und nur die ersten Bezirksärzte in Weimar und Eisenach erhalten etwas höhere Gehälter.

In Elsass-Lothringen haben die Cantonalärzte, die nach Einführung der deutschen Verwaltung durch Anstellung der Kreisärzte einen Theil ihrer Functionen eingebüsst haben, neben den armenärztlichen impfärztliche, gerichtsarztliche und medicinalpolizeiliche Functionen. Der Bezirkspräsident, dessen Bestätigung die Cantonalärzte ebenso wie die Gemeindeärzte und dessen Assistenzärzte in den Städten unterliegen, setzt die Amtsbezirke, die Wohnsitze und die Gehälter derselben fest. Die Obliegenheiten der Cantonalärzte in Unter-Elsass wurden festgesetzt durch die Cantonal-Aerzte-Ordnung vom 15. Juni 1891.

Was die Bereitstellung von Armenärzten in Preussen, namentlich auch für den ländlichen Theil der Bevölkerung betrifft, so sind in dieser Hinsicht die westlichen Provinzen erheblich günstiger gestellt als die östlichen. Dabei waltet in den westlichen Provinzen das Bestreben vor, armenärztliche Behandlung und Impfung möglichst in einer Hand zu vereinigen, um auf diese Weise die Kosten für die Armenkrankenpflege zu verringern. So wurde im Regierungsbezirk Arnberg bereits in den fünfziger Jahren seitens der Regierung die Vereinigung der Armenarztmit den Impfarztstellen empfohlen, um durch Verschmelzung beider die Bereitstellung ärztlicher Hilfe für arme Kranke zu erleichtern und vielfach erst zu ermöglichen, und dasselbe geschah noch neuerdings im Regierungsbezirk Trier. Vielfach fungiren die Armenärzte in den westlichen Provinzen gleichzeitig auch als Schulärzte.

In der Rheinprovinz speciell kann die Armenkrankenpflege auch auf dem Lande als im Allgemeinen geregelt angesehen werden, zumal dort auch die Gemeinde-Diakonie durch Schwestern auf dem Lande

eine erhebliche Ausbreitung aufweist. So sind im Regierungsbezirk Trier in den meisten Bürgermeistereien Armenärzte angestellt, und wo es nicht der Fall ist, lässt es sich die Regierung angelegen sein, darauf hinzuwirken, dass überall Armenärzte mit festem Gehalt angestellt werden. Im Regierungsbezirk Köln wurde durch die Verfügungen vom 5. Mai 1820 und 19. August 1824 die Anstellung von Communalärzten für jeden grösseren Gemeindebezirk angeordnet. Die hiernach angestellten Armenärzte waren contractlich verpflichtet, über die von ihnen behandelten armen Kranken ein Journal nach bestimmtem Schema zu führen und auf Grund des letzteren vierteljährlich (jetzt jährlich) dem Kreisphysikus zu berichten, auch ausserhalb der Berichtszeit über jeden Gegenstand der Sanitätspolizei und jede zu ihrer Kenntniss gelangende gemeingefährliche sanitäre Schädlichkeit Auskunft zu ertheilen; desgleichen sind sie verpflichtet, in allen dringenden Krankheitsfällen, sowie bei Unglücksfällen innerhalb ihres Bezirks ärztliche Hilfe zu leisten. Den auf Grund dieser älteren Verordnungen angestellten Armenärzten, deren es in den letzten Jahren im ganzen Bezirk 105 gab, liegt ferner ob, halbjährlich die Schulen ihres Bezirks auf ansteckende Krankheiten zu revidiren und über das Ergebniss an den Physikus zu berichten. Auch hier werden bei der Vergebung der öffentlichen Impfung die Armenärzte vorzugsweise von den Kreisen berücksichtigt, so dass den Physikern vielfach nur die Beaufsichtigung der öffentlichen Impfung verblieben ist. Diese mannigfachen Verpflichtungen der Armenärzte im Kölner Bezirk bestehen noch heute zu Recht, doch wird über Unvollständigkeit der Berichte vielfach Klage geführt.

Im Regierungsbezirk Coblenz sind in sämmtlichen Kreisen Armenärzte (Districtsärzte) angestellt, die in der Regel für einen grösseren Verband (Bürgermeisterei) zur Behandlung der armen Kranken durch Vertrag verpflichtet sind. Nur verhältnissmässig wenige Gemeinden sind ohne Armen- oder Districtsarzt. Auch im Regierungsbezirk Düsseldorf sind für die ländlichen Gemeinden mit wenigen Ausnahmen Armenärzte vorgesehen. Maassgebend ist noch heute die Verfügung vom 16. Febr. 1847; auf Grund derselben sind die Functionen des Armen- und Impfztes noch in vielen Gemeinden mit einander verschmolzen, und nur in grösseren Städten sind zur Ausführung der öffentlichen Impfung besondere Impfärzte bestellt.

In ähnlich ausgedehnter Weise ist auch in der Provinz Westfalen für Bereitstellung ärztlicher Hilfe für arme Kranke in den Städten und auf dem Lande Vorsorge getroffen. So sind im Regierungsbezirk Arnsberg von den Aemtern oder den Landgemeinden mit Ausnahme zweier Kreise überall Armenärzte angestellt, die meistens ein festes Gehalt beziehen, das gleichzeitig als Entschädigung für die Impfung und ihre Mühewaltung bei den Schulrevisionen zu gelten hat, wie solche die Gemeinden zweimal jährlich durch angestellte Aerzte ausführen zu lassen verpflichtet sind. Zu diesen Schulrevisionen werden nicht vorzugsweise

die Medicinalbeamten herangezogen, sondern in einer grossen Zahl von Gemeinden sind die Armenärzte seitens der Gemeinden contractlich zu den nach einem bestimmten Schema auszuführenden Schulrevisionen verpflichtet. Desgleichen sind in den Bezirken Minden und Münster, mit geringen Ausnahmen auch auf dem Lande, überall Communalärzte für die Behandlung der Ortsarmen bestellt, und zwar entweder für eine einzelne oder für eine Vielheit von Gemeinden; über die Vorgänge ihrer Armenpraxis haben dieselben vierteljährlich zu berichten. In Schleswig-Holstein hat etwa die Hälfte der ländlichen Armenverbände fest honorirte Armenärzte, die von den Verbänden bezahlt werden.

Auch in der Provinz Hannover ist die Armenkrankenpflege auf dem Lande meist durch feste Verträge mit Aerzten sichergestellt. So gab es im Regierungsbezirk Lüneburg im Jahre 1890 40 Aerzte, die die häusliche Behandlung armer Kranker gegen ein aus der Amts-Nebenanlagekasse zu zahlendes Gehalt übernommen hatten. In den meisten Aemtern erhalten die Kranken ausser freier ärztlicher Behandlung auch freie Arznei. Ist eine Anstaltsbehandlung nothwendig, so erfolgt dieselbe auf Kosten der verpflichteten Gemeinde. In denjenigen Gemeinden, in denen Armenärzte nicht angestellt sind, werden die zugezogenen Aerzte auf Grund einer vom Gemeindevorsteher auszustellenden Bescheinigung nach der Taxe honorirt. In gleicher Weise ist die Armenkrankenfürsorge im Regierungsbezirk Osnabrück geregelt. In Aurich ist für jeden Armenverband ein Armenarzt bestellt, dessen Bezahlung entweder durch ein bestimmtes, meist sehr niedrig bemessenes Gehalt erfolgt, oder durch Honorirung der Einzelleistung auf Grund gleichfalls vorher vereinbarter und sehr ermässigter Einzelsätze. Da die Armenverbände in der Gewährung ärztlicher Hilfe im Allgemeinen wenig zurückhaltend sind, ist die Thätigkeit der Armenärzte vielfach eine sehr ausgedehnte und anstrengende. Im Regierungsbezirk Stade unterscheiden sich die dichter bevölkerten und wohlhabenderen Marschen in Bezug auf Krankenfürsorge vortheilhaft von den Geest- und Moordistricten: in ersteren haben die meisten grösseren Ortschaften fixirte Armenärzte, wie sie auch grössere, zweckmässig eingerichtete Armenhäuser besitzen, die gleichfalls vielfach zur Aufnahme armer Kranker dienen, während in den Geest- und Moordistricten nur in einigen wenigen grösseren Ortschaften, die Sitz von Aerzten sind, die Armenkrankenfürsorge geregelt ist.

In Churhessen waren bis zum Jahre 1868 die Physiker zur unentgeltlichen Besorgung der gesammten Armenpraxis in ihren Dienstbezirken verpflichtet. Nach anderweitiger Regelung des Medicinalwesens im Regierungsbezirk Cassel behielten die Physiker und deren Assistenten diese Verpflichtung bei; wo aber Physikatsstellen eingingen, wurde die Verpflichtung, für die ärztliche Behandlung erkrankter Ortsarmer Sorge zu tragen, den Gemeinden übertragen, die bisher nur zu einem Theil durch Anstellung von Armenärzten dieser Verpflichtung nachgekommen sind. Im Regierungsbezirk Wiesbaden haben sich mit Ausnahme eines einzigen Kreises die ländlichen Gemeinden zu Districts-Armenverbänden

vereinigt, die sämmtlich Districts- oder sogenannte Communalärzte mit festem Gehalt und sehr mässiger Vergütung für die Einzelleistung angestellt haben. Diese sind bei Krankheiten und Unglücksfällen Hilfe zu leisten verpflichtet, und zwar beschränkt sich diese Verpflichtung nicht bloss auf die armen Kranken, sondern auf alle Bewohner gleichmässig.

In Sigmaringen hat ein grosser Theil der ländlichen Gemeinden Verträge mit Aerzten abgeschlossen und ihnen gegen ein Fixum die Behandlung der armen Kranken übertragen.

In den östlichen Provinzen sind Armenärzte auf dem Lande, von den Industriebezirken abgesehen, nur in wenigen grösseren ländlichen Ortschaften angestellt; im Uebrigen erfolgt hier die Bezahlung der bei Erkrankungsfällen Ortsarmer zugezogenen Aerzte von Fall zu Fall nach den niedrigsten Sätzen der Taxe. Dass hierbei der Begriff der Hilfsbedürftigkeit in der Regel sehr eng gezogen wird, macht sich auch bezüglich der Ansprüche seitens der Aerzte an die ländlichen Communen vielfach bemerklich.

Noch heute giebt es eine grössere Zahl von Städten, die die Einrichtung fest angestellter Communalärzte nicht getroffen haben. Es sind dies eine Anzahl kleinerer Städte, vorwiegend in den östlichen Provinzen Preussens, die sich damit begnügen, die für die Behandlung armer Kranker in Anspruch genommenen Aerzte von Fall zu Fall zu besolden. Dass unter solchen Umständen von einer eigentlichen und erfolgreichen Armenkrankenpflege nicht die Rede sein kann, bedarf keiner weiteren Ausführung.

In den Städten werden die Armenärzte (Communalärzte) vom Magistrat unter Zustimmung der Stadtvertretung gewählt und deren Rechte und Pflichten durch Vertrag festgesetzt. Nur in wenigen grösseren Städten sind die Armenärzte Mitglieder der Armenämter (Armencommissionen, Armendirectionen), in anderen werden sie zu den Sitzungen derselben eingeladen mit oder ohne Verpflichtung zur Theilnahme an denselben.

Aerzte und Apotheker können ihre Forderungen an Armenverbände im Wege des ordentlichen Rechtsstreites betreiben; geschah die ärztliche Hilfeleistung auf Anordnung der Polizeibehörde, so hat die letztere das Recht, die Forderung des von ihr beauftragten Arztes im Verwaltungswege einzuziehen. Bei Säumigkeit der Armenverbände in der Erfüllung ihrer Pflichten gegenüber armen Kranken fällt die Beschaffung ärztlicher Hilfe und die Sorge für Beitreibung der Honorarforderungen den Polizeibehörden zu (Rescript vom 14. Juni 1843, M.-Bl. f. d. i. V. S. 197); dies ist auch zutreffend in Fällen plötzlich dringend gewordener Entbindungen armer Personen (Min.-Verf. vom 22. April 1839).

In den kleineren Städten ist der Armenarzt in der Regel zugleich auch Arzt des Krankenhauses; daneben versieht er gewisse polizeiärztliche Verrichtungen, weshalb er in den selbstständigen Städten von Alters her auch den Namen Polizeiarzt oder Stadtphysikus führt. Für gewöhnlich steht dem Armenarzt nach einem Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 16. Februar 1895 (II. Senat) keine Beamten-

qualität zu. Entscheidend ist, ob bei der Begründung des Dienstverhältnisses auf Seiten der Stadtgemeinde die Absicht bestanden hat, dem Arzt amtliche Eigenschaft beizulegen, und ob diese Absicht auch entsprechenden Ausdruck gefunden hat. Beschwerden der Kreisphysiker darüber, dass die Magistrate den Armenärzten amtliche Functionen übertragen, die dem staatlichen Sanitätsbeamten zustanden, sind namentlich in den westlichen Provinzen bisweilen vorgekommen. Zur Vermeidung derselben, und um ein geordnetes Zusammenwirken des Gemeinde- und staatlichen Gesundheitsbeamten zu erzielen, ist eine genaue Umgrenzung der communalärztlichen Functionen nothwendig.

Nur ganz vereinzelt ist bisher der an sich berechtigten Forderung, auch den Armen die Wahl des Arztes zu überlassen, Rechnung getragen, so in Reydt, wo die sämmtlichen 12 Aerzte der Stadt als Armenärzte fungiren, und in Rosenberg i. S., wo die drei Aerzte der Stadt sich zur Behandlung der armen Kranken bereit erklärt haben. In Frankreich ist das System der freien Arztwahl bei der armenärztlichen Behandlung in einigen Departements zur Durchführung gelangt. Danach ist in sämmtlichen Communes des Departements des Vosges und du Rhône ein ärztlicher Dienst eingerichtet, der allen Armen die freie Wahl unter denjenigen Aerzten sichert, die sich mit den Bedingungen der Commune einverstanden erklären. In diesen Fällen, wie desgleichen in allen Fällen, wo eine Mehrzahl von Aerzten in derselben Stadt als Armen-(Communal-)Aerzte thätig ist, bedarf es für die zusammenfassende Thätigkeit auf dem Gebiete der Gemeinde-Hygiene einer besonderen Spitze, sei es, dass ein besonderer Arzt als Stadtarzt für diesen Zweck angestellt wird, dem die übrigen auf dem Gebiet der communalen Hygiene thätigen Aerzte unterstellt sind, oder dass in einer collegialen Behörde, einem besonderen städtischen Gesundheitsamt, die verschiedenen Fäden der communalen Hygiene zusammenlaufen. Letztere Einrichtung ist namentlich für die grösseren Städte nicht zu entbehren. Gleichwohl sind solche Gesundheitsämter bisher nur sehr vereinzelt eingerichtet, so in Bremen und namentlich in Hamburg und neuerdings auch in Danzig, wo sie mit gutem Erfolg thätig sind.

Frankfurt a. M. hat im Jahre 1883 einen besonderen Stadtarzt angestellt, der als technischer Beirath in allen in der städtischen Verwaltung vorkommenden, auf die Gesundheitspflege bezüglichen Angelegenheiten und Fragen fungirt und sowohl auf Erfordern wie aus eigener Initiative dem Magistrat und den übrigen städtischen Aemtern Gutachten abzugeben und Vorschläge zu machen hat. Der Stadtarzt ist Gemeindebeamter und unmittelbar dem Magistrat unterstellt. Er ist ständiges Mitglied des Armenamts und des städtischen Gesundheitsraths und kann vom Magistrat zum Mitglied anderer städtischer Aemter und Deputationen mit berathender Stimme ernannt, auch zu einzelnen Sitzungen derselben von deren Vorsitzenden eingeladen werden. Der Stadtarzt ist verpflichtet, von Zeit zu Zeit die städtischen Schulen und sonstigen Anstalten und Einrichtungen der Stadt zu besichtigen; er hat bei Anstellung, Erkrankung

und Pensionirung von Beamten, Lehrern und städtischen Angestellten deren Gesundheitszustand zu untersuchen und zu begutachten, desgleichen über die Gesundheitsverhältnisse von Schülern bei Gesuchen um vorzeitige Schulentlassung oder zeitweise Befreiung sich gutachtlich zu äussern. Der Stadtarzt ist ferner der Vorstand der städtischen Armenärzte; er beaufsichtigt die ärztliche Behandlung armer Hilfsbedürftiger sowie der Kranken im städtischen Krankenhause; ferner liegt ihm die Bearbeitung der Medicinalstatistik und die Erstattung von Jahresberichten über die öffentliche Gesundheitspflege der Stadt ob. Von den Erfolgen, die diese Einrichtung der Stadt Frankfurt a. M. auf dem gesammten Gebiet der communalen Hygiene gezeitigt hat, sind besonders hervorragend diejenigen, die die Thätigkeit des Stadtarztes auf dem Gebiet der Schulhygiene gehabt hat: nicht bloss sind die zahlreichen neuen Schulen, die Frankfurt a. M. in den letzten Jahren gebaut hat, den neueren hygienischen Anforderungen angepasst, auch in allen älteren Schulen sind auf Antrag des Stadtarztes durch bauliche Veränderung und Verbesserung der Einrichtungen, soweit dies überhaupt möglich war, thunlichst günstige Verhältnisse hergestellt worden.

Seit dem Jahre 1888 ist auch in Stuttgart ein besonderer Stadtarzt angestellt, der jedoch gleichzeitig Arzt am Bürger-Hospital und Prosector am Katharinen-Hospital ist.

In einigen grösseren Städten hat man ausserdem versucht, neben der Anstellung von Armenärzten durch Bereitstellung unentgeltlicher poliklinischer Krankenpflege im Anschluss an die öffentlichen Krankenanstalten dem Bedürfniss nach armenärztlicher Hilfe Rechnung zu tragen.

Nach alledem unterliegt es keinem Zweifel, das wir, was die Bereitstellung eines sachverständigen hygienischen Beiraths für die Communen betrifft, hinter den auf diesem Gebiet inzwischen in andern Ländern gemachten Fortschritten, wo die Gemeindeärzte, wie beispielsweise in Oesterreich geradezu das Fundament des gesetzlich neu organisirten Sanitätsdienstes darstellen, erheblich zurückgeblieben sind.

Was die Besoldungsverhältnisse der Communal- (Armen-) Aerzte betrifft, so sind diese in den einzelnen Ländern und Landestheilen sehr verschieden und lassen kein directes Verhältniss zur Zahl der Unterstützungsbedürftigen erkennen. Sie entsprechen daher nur selten den an die Armenärzte gestellten Anforderungen. So zahlte, um nur einige Daten herauszugreifen, ein allerdings kleines Städtchen im Regierungsbezirk Arnsberg jedem ihrer Armenärzte ein Jahresgehalt von 22 Mark 50 Pfennig. Im Regierungsbezirk Minden betragen die Gehälter der Armenärzte im Kreise Wandsbrück 42 bis 215 Mark; im Ganzen wurden für 12 Armenärzte 1451, also im Durchschnitt etwas über 120 Mark verausgabt. In andern Kreisen gingen die Gehälter bis auf 30 Mark herunter. Ebenso niedrig wie im Regierungsbezirk Minden sind die Gehälter in andern Bezirken (Münster, Cassel u. a.); hier wie dort sind sie vielfach nicht ausreichend, um nur die baaren Auslagen zu decken. Etwas günstiger liegen die Besoldungsverhältnisse der Armen-

ärzte in den Bezirken Cöln und Coblenz, wo die Gehälter im Durchschnitt etwa 300 Mark betragen. Diese Gehälter contrastiren in auffälliger Weise mit der Besoldung, die die Städte im Mittelalter ihren Stadtärzten zahlten, denen hauptsächlich die Behandlung der armen Kranken und Siechen oblag, wo wir Gehältern bis zu 100 rh. Goldgulden begegnen, einem für die damalige Zeit sehr hohen Jahresgehalt. In Basel bekam der Stadtarzt im Jahre 1379 50 Gulden Gehalt, in Frankfurt Geld zur Kleidung und 10 Malter Korn. Die Thätigkeit der Stadtärzte im Mittelalter, die vielfach auch vereidet wurden, war durch besondere Dienstbriefe geregelt.

In Elsass-Lothringen beträgt das Gehalt der Cantonalärzte, die im Wesentlichen Armen- und Impfärzte sind, im Durchschnitt 800 Mark und ist von der Grösse der Bezirke abhängig. In Unter-Elsass zahlt die Gehälter der Cantonalärzte zu einem Fünftel das Departement, zu vier Fünfteln die Gemeinde. In Ober-Elsass betheiligen sich Bezirk und Gemeinde je zur Hälfte an der Aufbringung der Gehälter der Cantonalärzte. In ärmeren Gegenden geben ausserdem sowohl Bezirk wie Gemeinden mehr oder weniger erhebliche Zuschüsse, so dass diese Gehälter in einzelnen Fällen auf 1500 bis 1700 Mark ansteigen. In Lothringen wird das Gehalt der Cantonalärzte ausschliesslich vom Bezirk getragen; je nach der Grösse der Bezirke betragen hier die Gehälter 400 bis 800 Mark. Wie im Elsass erfolgt auch hier die unentgeltliche Behandlung der Armen theils in besonderen Sprechstunden am Wohnorte des Cantonalarztes, theils durch Abhaltung von Sprechstunden in andern Ortschaften des Cantonalbezirks, die in gewissen Zwischenräumen zur Ausführung kommen.

In Württemberg beträgt der Gesamtaufwand des Staates für die 64 Oberamtsärzte 65900 Mark, derjenige der Oberamtscorporationen 38965 Mark; dazu kommt der Aufwand der Amtscorporationen, Gemeinden und Stiftungen, die für die Gehälter der 57 Oberamtswundärzte und weiteren 180 Aerzte 197935 Mark zahlen.

In Bayern gewähren die Kreise (Bezirke) den Gemeinden zu den Wartegeldern der Armenärzte erhebliche Zuschüsse, ganz besonders in ärmeren Gegenden, um denselben auf diese Weise die Wohlthat ärztlicher Hilfe zu sichern. Dasselbe geschieht in Sachsen, wo der Staat an Unterstützungen und Beihilfen an Aerzte jährlich 40000 Mark aufwendet.

Ausser den Gemeinden, den grösseren Verbänden und dem Staat betheiligen sich vielfach auch milde Stiftungen an der Besoldung der Armenärzte ganz besonders in den westlichen Provinzen. Im Regierungsbezirk Minden besolden noch einige kirchliche Armenkassen die Armenärzte, die in diesen Fällen für den Umfang des Kirchspiels angestellt sind und ein durchschnittliches Gehalt von 150 Mark erhalten.

Was den Umfang der Thätigkeit der Gemeindeärzte angeht, so ist diese für die Cantonalärzte in Elsass-Lothringen auf Grund der Cantonalarzt-Ordnungen geregelt. Wie schon erwähnt, haben die Cantonalärzte neben armenärztlichen impfärztliche, medicinal-polizeiliche und gericht-

ärztliche Funktionen. In Bezug auf die Behandlung der Armen kann ihnen vom Kreisdirector für Gemeinden, welche von ihrem Wohnsitz sehr entfernt wohnen, die Abhaltung bestimmter Sprechtage in den genannten Gemeinden aufgegeben werden. Die Cantonalärzte haben die Erstimpfung unentgeltlich auszuführen, während sie für die gesetzliche Wiederimpfung der Schulkinder eine Vergütung aus Bezirksmitteln erhalten. In medicinalpolizeilicher Hinsicht haben die Cantonalärzte des Unter-Elsass nach der Cantonalarzt-Ordnung vom 15. Juni 1891 bei den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken und Aufträge, welche ihnen in dieser Beziehung vom Kreis-Director zugehen, auszuführen, sowie Anfragen des Kreisarztes zu beantworten. Desgleichen haben sie Verstösse gegen die medicinalpolizeilichen Bestimmungen (Kurpfuscherei, Uebertretungen der Apothekengesetze etc.) dem Kreisarzt anzuzeigen. Die Todesursachen der von ihnen behandelten Personen haben sie in dem vom Ministerium aufgestellten Schema anzugeben. Ueber hygienische Missstände in ihrem Amtsbezirk haben die Cantonalärzte je nach der Dringlichkeit entweder direct oder in ihrem Jahresbericht Mittheilung zu machen. Von dem Auftreten von Typhus, Ruhr, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, contagiöser Augenentzündung in grösserer Verbreitung haben die Cantonalärzte dem Kreisdirector Anzeige zu erstatten und auf Erfordern zu berichten; von Pocken und asiatischer Cholera ist jeder einzelne Fall dem Kreisdirector anzuzeigen. Der Cantonalarzt hat ferner den Kreisarzt bei Bekämpfung der Seuchen zu unterstützen und insbesondere die angeordneten Desinfectionsmassregeln zu leiten. Die für die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranken in Irrenanstalten nothwendigen ärztlichen Fragebogen haben sie unentgeltlich auszufüllen. Die Cantonalärzte haben die Aufsicht über die Gesundheitsverhältnisse der in ihrem Amtsbezirk auf öffentliche Kosten untergebrachten Kinder und sind verpflichtet, ihnen in dieser Beziehung bekannt gewordene Missstände dem Kreisdirector anzuzeigen. Auch haben sie die für die Bezirks-Pflegekinder ausgestellten Arzneirechnungen zu prüfen und auf ihre Taxmässigkeit bezw. Angemessenheit zu bescheinigen. In Gemässheit der Bestimmung des Reichskanzlers vom 13. Juni 1879 sind die Cantonalärzte ausserdem Gerichtsärzte im Sinne der Strafprozess-Ordnung. Alljährlich bis zum 15. Januar und 15. Juli haben die Cantonalärzte über ihre Wahrnehmungen und ihre Thätigkeit nach besonderem Schema zu berichten. Das für die Cantonalärzte im Unter-Elsass festgesetzte Schema umfasst folgende Punkte:

1. Wie war der Gesundheitszustand in Ihrem Bezirk und während der Berichtszeit im Allgemeinen?
2. Welche Infectionskrankheiten sind aufgetreten (Einschleppung, Ansteckung, örtlicher und zeitiger Verlauf, Massregeln gegen die Weiterverbreitung etc).
3. Welche sanitären Missstände haben Sie in Ihrem Bezirk beobachtet?
4. Welche sanitären Fortschritte sind zu verzeichnen?
5. Was ist vom Standpunkt der Medicinalpolizei zu beanstanden?

6. Welche Anträge haben Sie bezüglich der Armenpflege zu stellen?
7. Anderweitige Bemerkungen.

Nicht minder umfassend ist die Thätigkeit der Gemeindeärzte in einzelnen Kronländern Oesterreichs. Ueber die von ihnen ausgeführten Besichtigungen haben die Gemeindeärzte ein besonderes Tagebuch zu führen und am Schlusse des Jahres mit einem Jahresbericht über alle die öffentliche Gesundheitspflege betreffenden Wahrnehmungen, wofür ein bestimmtes Schema vorgeschrieben ist, an die Bezirkshauptmannschaft einzureichen.

Die Thätigkeit der Communalärzte in Preussen ist, wie bereits erwähnt, in einigen Bezirken des Westens auf Grund besonderer Specialverfügungen und Instructionen geregelt. Dasselbe ist der Fall in einigen grösseren deutschen Städten (Frankfurt a. M., Leipzig, Hamburg, Stuttgart, Berlin u. a.). In Berlin haben die besoldeten Armenärzte, deren Zahl zur Zeit 70 beträgt, ausser allmonatlichen statistischen Zusammenstellungen und summarischen vierteljährlichen Uebersichten über Zahl und Art der von ihnen behandelten armen Kranken, einen spätestens in der ersten Woche des Februar einzureichenden Jahresbericht zu erstatten, der eine kurze Charakteristik der Bevölkerung des betreffenden Bezirks mit Angabe der Zahl der Einwohner, eine Schilderung der Nahrungsverhältnisse, Angabe der Krankenzahl und Darstellung besonders hervorgetretener Krankheiten, sowie etwaige, die Armenkrankenpflege oder das Institut der Armenärzte betreffende Vorschläge enthalten soll. Ausserdem sind in Berlin noch im Dienste der Armenkrankenpflege thätig zwei Aerzte der Universitätsklinik, die Poliklinik für orthopädische Chirurgie und 42 Specialärzte auf den verschiedenen Gebieten der ärztlichen Kunst. In Hamburg ist die Thätigkeit der Armenärzte durch eine ausführliche Dienstinstruction geregelt, die auch Bestimmungen über die Desinfection bei ansteckenden Krankheiten enthält.

Im Allgemeinen wurde die communalärztliche Berichterstattung in Preussen durch den Erlass des Ministers des Innern vom 13. August 1884 in Anregung gebracht, und zwar, wie es hiess, um den Medicinalräthen für ihre General-Sanitätsberichte eine nicht unergiebigere Quelle für die Gewinnung eines umfangreichen Materials über Ermittlung und Häufigkeit von Erkrankungen innerhalb ihres Bezirks zu eröffnen. Daraufhin wurde durch Verfügung der Regierungspräsidenten erreicht, dass überall da, wo Communalärzte angestellt waren, diese der Communalbehörde periodisch über Zahl und Art der von ihnen behandelten Krankheitsfälle zu berichten verpflichtet wurden.

In etwa der Hälfte der Regierungsbezirke ist für diese Berichterstattung ein besonderes Schema, umfassend Krankheitsformen, Zahl der Erkrankten und Gestorbenen, vereinzelt auch Zeit des Erkrankens, vorgeschrieben, wo es nicht der Fall ist, wird summarisch über Zahl und Art der von den Armenärzten behandelten armen Kranken berichtet. Im Besonderen ist noch zu bemerken, dass im Regierungsbezirk Aachen neben den wöchentlich seitens der Polizeibehörden einzureichenden Meldekarten, betreffend das Auftreten von ansteckenden Krankheiten,

keine besondere Berichterstattung seitens der Communalärzte existirt. Im Regierungsbezirk Wiesbaden berichten die Communalärzte vierteljährlich an die Landärzte nach dem für die Jahresberichte der Kreisphysiker vorgeschriebenen Schema, soweit sie sich hierzu contractlich bereit erklärt haben. Im Regierungsbezirk Koblenz haben die zur Uebernahme aller der Bürgermeisterei oder den Gemeinden zur Last fallenden sanitätspolizeilichen Geschäfte verpflichteten Communal- und Districtsärzte einen kurzen Jahresbericht über die gesammte Thätigkeit auf sanitätspolizeilichem Gebiet durch Vermittelung des Landraths an die Kreisphysiker einzureichen. Hierzu gehört nach einer Verfügung vom 5. December 1887 vor Allem auch die Feststellung des epidemischen Auftretens ansteckender Krankheiten und Einleitung der nothwendigen sanitätspolizeilichen Maassnahmen (letzteres unter fortlaufender Controle des Kreisphysikus); nach derselben Verfügung gehören hierher auch die Revisionen von Wohnstätten und Kaufläden, die Gutachten über gewerbliche Anlagen, über Beschaffenheit von Schulen und den Gesundheitszustand der Schüler, über den Zustand der Gefängnisse etc. sowie alle diejenigen Angelegenheiten, in denen der Bürgermeister den Rath des Polizeiarztes in Anspruch nimmt.

Mit Ausnahme derjenigen wenigen grösseren Städte, die eine Erweiterung der communalärztlichen Thätigkeit auf der Grundlage des gesammten Gebiets der communalen und socialen Hygiene angebahnt haben, muss die Thätigkeit der Armenärzte in dieser Hinsicht als unzureichend und die Berichterstattung, wie sie zur Zeit in der Mehrzahl der Bezirke gehandhabt wird, als werthlos und für eine weitere Verarbeitung im Allgemeinen nicht geeignet erachtet werden. Abgesehen davon, dass diese Berichte das grosse Gebiet der Communal- und Socialhygiene unberührt lassen, sind dieselben, soweit sie überhaupt erstattet werden, auch in ihrer Beschränkung auf krankheitsstatistische Daten vielfach unvollständig und lückenhaft. Es kommt hinzu, dass die Krankheitsbezeichnungen und Krankheitsgruppen meistens ganz willkürliche sind, so dass die Angaben der einzelnen Berichterstatter auch aus diesem Grunde nicht mit einander vergleichbar sind, und dass der Unterbau einer Armenstatistik völlig fehlt.

Nothwendig ist vor Allem ein weiterer Ausbau der armenärztlichen Thätigkeit im Sinne der Communal- und Socialhygiene, wie ihn das Interesse der Gesammtheit wie der Communen gebieterisch erfordert, und zwar um so dringender, je grösser mit der fortschreitenden Entwicklung überall die Aufgaben werden, die an die Communen herantreten. Wie an anderer Stelle¹⁾ ausgeführt, genügt es nicht, dass der Armenarzt dann und wann einen armen Kranken behandelt, unter Verhältnissen, die vielfach eine eigentliche und erfolgreiche Behandlung unmöglich machen, oder dass er ihn geeignetenfalls einem Krankenhause übergiebt,

¹⁾ Armenfürsorge und Armenkrankenpflege mit besonderer Berücksichtigung der Stellung des Armenarztes u. s. w. R. Schoetz. Berlin 1893.

sondern es ist nothwendig, seine Thätigkeit mehr wie bisher für Zwecke der öffentlichen Gesundheitspflege speciell der communalen und socialen, zu verwerthen. Ueberall da, wo städtische Gesundheitsämter und besondere Stadtärzte nicht zur Verfügung stehen, soll der Communal- (Armen-) Arzt in allen die Commune betreffenden hygienischen Angelegenheiten der Berather der Commune und ihres Vorstandes sein. Die armenärztliche Thätigkeit ist nur ein Theil seiner communalen Thätigkeit. Als Armenarzt soll er ein thätiges Glied in allen Bestrebungen der Armenpflege sein und in dauernder, fester Beziehung zu Gemeindegewerkschaften, Armenpflegern und Bezirksvorstehern sowie zu allen privaten und Vereinsbestrebungen der Armenpflege stehen. Voraussetzung ist dabei, dass er ständiges Mitglied der bestehenden Armenämter (Armencommissionen, Deputationen) ist. Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Communalärzte, event. in Verbindung mit zweckentsprechend organisirten Ortsgesundheitsräthen, auf die Entfernung aller derjenigen Momente aus dem Bereich der Communen und vor Allem der untern Volksklassen hinzuwirken, die die Erkrankungshäufigkeit zu steigern und eine Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu begünstigen geeignet sind.

Dass hier alle auf die Reinhaltung von Boden, Wasser und Luft gerichteten Bestrebungen in erster Linie stehen, dass die Weckung und Förderung des Sinnes für Reinlichkeit in Bezug auf Wohnung, Kleidung und den menschlichen Körper selber zu den Fundamenten der Socialhygiene gehören, muss wieder und immer betont werden. Auf diesem Gebiet der Beschaffung tadelloser Haus- und Gemeindeeinrichtungen, wird der Beirath des Communalarztes ganz besonders werthvoll sein, und von seiner Einsicht und Erfahrung, seiner Energie und seinem Ansehen wird nicht zum wenigsten das Aussehen der Commune, der Zustand der Wasserversorgung, die Einrichtung der Entwässerungsanlagen wie der Beseitigung der Abfallstoffe abhängig sein. Dass er auch bei dem Auftreten ansteckender Krankheiten der nächste gegebene Berather der Polizeibehörde ist, ergibt sich als eine weitere Folge seiner Stellung eben so nothwendig, wie ihm die Controle der von dem Medicinalbeamten getroffenen sanitätspolizeilichen Maassnahmen obliegt. Wo eine ärztliche Leichenschau eingeführt ist, würde diese gleichfalls, soweit es sich um zahlungsunfähige Personen handelt, zu den Obliegenheiten des Gemeindearztes gehören.

Von nicht minderer Bedeutung ist die Ueberwachung der Wohnungen, insbesondere der ärmeren Bevölkerung. Am geeignetsten hierzu sind unstreitig besondere Wohnungsämter und die Anstellung von besonderen Wohnungs- und Gesundheitsaufsehern. So lange diese Einrichtungen fehlen, bietet den Communalärzten die Ausübung ihrer armenärztlichen Thätigkeit Gelegenheit, die Wohnungen der ärmeren Bevölkerung kennen zu lernen und etwaige Beziehungen derselben zum Auftreten von Krankheiten festzustellen. Dass nicht blos in den kleineren Städten die Armenärzte für diesen Zweck mit Erfolg herangezogen werden könnten, sondern dass dies auch für grössere Communen zutrifft, beweist das Vor-

gehen der Stadt Mainz, wo seit 1895 die Armenärzte mit der Wohnungsinspection betraut sind, und wo seit dieser Zeit 29 gänzliche Wohnungsverbote erlassen und in 41 Fällen die weitere Vermietung an die Erfüllung gewisser Vorschriften geknüpft wurde.

Es ist bekannt, dass Morbidität und Mortalität in besonderem Maasse abhängig ist von der socialen Lage der verschiedenen Bevölkerungskreise, und dass sie hauptsächlich von der Dichtigkeit des Zusammenwohnens, von der Beschaffenheit der Wohnung und dem Zustande der Ernährung beeinflusst wird. Nach Körösi stieg die Sterblichkeit von rund 20 p. m. auf je 10 000 Einwohner der wohlhabendsten Bezirke bis auf 36 p. m. in den ärmsten Bezirken Budapest's. Auch kann es als feststehend erachtet werden, dass die mittlere Lebensdauer der ärmeren Bevölkerung ganz erheblich unter diejenige der höheren Berufsstände sinkt; so berechnet Louis Noiret die Lebensdauer der ärmeren Klassen auf 37, die der wohlhabenderen auf 57 Jahre, Berechnungen, bei denen indess der Einfluss der Beschäftigung ausser Berücksichtigung geblieben ist. Ganz besonders sind es gewisse Infectionskrankheiten, die da, wo die Bevölkerung dicht gedrängt wohnt, häufiger auftreten und eine grössere Vorbereitung verlangen, als unter den wohlhabenderen Bevölkerungsklassen.

Von einer Weiterentwicklung der Gemeinde-Statistik wird nicht zuletzt auch die Prognose und Therapie wie die Verhütung der Armuth den grössten Nutzen ziehen.

In besonders inniger Wechselbeziehung zur Armuth steht die Ernährungsfrage, deren Ueberwachung mit Einschluss der Kinderernährung, dem Armenarzte ein weites Feld der Thätigkeit bietet, nicht blos insofern Krankheitsstörungen in Folge unzureichender, mangelhafter oder verdorbener Nahrungsmittel seine Hülfe erfordern, sondern auch in der Richtung, dass er alle auf die Beschaffung guter und billiger Nahrungsmittel gerichteten privaten und Vereinsbestrebungen, mögen dieselben sich Consumvereine, Einkaufsgenossenschaften, Volksküchen oder sonst wie nennen, oder auf die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser gerichtet sein, sowie alle auf die Hebung und Erweiterung hauswirthschaftlicher Kenntnisse abzielenden Unternehmungen auf jede mögliche Weise fördern hilft. Auch auf dem Gebiet der Nahrungsmittelcontrole wird die Thätigkeit des Stadtarztes anregend und controlirend in erfolgreicher Weise sich geltend machen können.

Einer besonderen Ueberwachung bedürfen in Rücksicht auf die Ernährung die Kost- und Haltekinder. Die Thatsache, dass die Häufigkeit der Darmkatarrhe mit zunehmender Dichtigkeit der Bevölkerung steigt und besonders in den Grossstädten eine ausserordentliche Höhe erreicht, deutet darauf hin, dass künstliche Ernährung und Wohnungsklima in ursächlicher Beziehung zur Häufigkeit der Darmkatarrhe stehen. Wo daher auf die natürliche Säuglingsernährung aus physischen Gründen verzichtet werden muss, ist auf die Bereitstellung einer guten und billigen Kindermilch Bedacht zu nehmen und sind deshalb alle hierauf gerichteten Bestrebungen zu fördern und zu unterstützen.

Wer öfter Gelegenheit hatte, die Speisezetteln für Volksküchen und Suppenküchen, aber auch diejenigen in Krankenhäusern, Waisenhäusern, Siechenhäusern und Armenhäusern einzusehen, wird zugeben, dass die Ernährung hier vielfach eine unrationelle oder auch eine unzureichende ist. Für um so nothwendiger muss eine Controle nach dieser Richtung erachtet werden.

Eine ganz besondere Berücksichtigung verdient die Frage des Alkoholmissbrauchs und seine Verbreitung unter der ärmeren Bevölkerung. Die Bestrebungen, diesem Alkoholmissbrauch entgegenzuwirken, sind von um so grösserer socialhygienischer Bedeutung, als der Branntweinmissbrauch unbestritten die häufigste Ursache wirthschaftlichen, physischen und moralischen Elends gerade in den bedürftigsten Klassen darstellt, wie es andererseits keinem Zweifel unterliegt, dass die Armenpflege in England durch die dort in gewaltiger Zunahme begriffene Mässigkeitsbewegung, die in fast allen Städten und vielfach auch auf dem Lande vorhandenen temperance hotels und die nicht bloss unter den erwachsenen Arbeitern, sondern auch unter der Jugend bestehenden Mässigkeitsvereine (bands of hope) ausserordentlich unterstützt wird. Neben der Gemeinde-Diakonie und der Vereinsthätigkeit sind vor Allem die Aerzte zur Mitarbeit auf diesem Gebiet berufen. Auch hat sich als ein äusserst werthvolles Mittel im Kampfe gegen den Alkoholismus die Schule erwiesen, die deshalb mehr wie bisher zur Mitarbeit an dieser socialen Aufgabe heranzuziehen ist, indem die Schüler über die Entbehrlichkeit des Alkohols als Nahrungs- und Genussmittel, sowie über die grossen Gefahren des Alkoholmissbrauchs in geeigneter Weise belehrt werden. Freilich darf über allen diesen Maassnahmen nicht das Wichtigste, das eigene Beispiel, vergessen werden.

Weiterhin sind es die Armenhäuser und Hospitäler, die nach Wohnungsbeschaffenheit und Verpflegung der Insassen, die communalen Einrichtungen für Sieche und Waisen, die Herbergen und Massenquartiere, die Natural-Verpflegungsstationen, das Schlaf- und Kostgängerwesen, insofern sie hauptsächlich auf die ärmere Bevölkerung Bezug haben, die in das Bereich der communalen Hygiene fallen.

Da, wo die häuslichen Verhältnisse der ärmeren Bevölkerung den nothwendigsten Forderungen der Hygiene an ein gesundes Wochenbett nicht entsprechen, wird es die Aufgabe der communalen und Kreisverbände sein, auf die Errichtung von Heimstätten für Kreissende und Wöchnerinnen Bedacht zu nehmen, unter gleichzeitiger Bereitstellung der zur Fortführung des Haushalts erforderlichen Hauspflegerinnen.

Endlich sind die Veranstaltungen der privaten Armenpflege, des Vaterländischen Frauenvereins, der Frauen- und Männer-Hilfs- und Pflegevereine vom Rothen Kreuz, der kirchlichen und Vereins-Armenpflege mit ihren auf die Hebung der Volksgesundheit und der Volkswirtschaft gerichteten Bestrebungen mit allen Mitteln zu fördern und der vorbeugenden Armenkrankenpflege nutzbar zu machen.

Eine Thätigkeit des Communalarztes, die noch besonderer Er-

wähnung bedarf, insofern dieselbe mit der armenärztlichen vielfache Beziehungen hat, ist die schulärztliche. Es unterliegt keinem Zweifel, dass überall da, wo besondere Schulärzte nicht angestellt sind, für die communalen Schulanstalten die Communalärzte, ihre besondere Qualification vorausgesetzt, die gegebenen Schulärzte sind, die als solche den Gesundheitszustand der Schüler und die gesundheitlichen Einrichtungen der Schule, unter Mitwirkung und dauernder Controle seitens entsprechend zu unterweisender Lehrer zu überwachen haben. Da jede geistige Leistungsfähigkeit eine ausreichende Ernährung des Körpers zur Voraussetzung hat, ergibt sich hieraus die Forderung, dass den auf die Speisung armer Schulkinder gerichteten Bestrebungen seitens der Communen besondere Aufmerksamkeit zugewandt wird. Nicht bloss in den grossen Städten ist das Bedürfniss hierfür ein dringendes, wie die Verhältnisse in Berlin lehren, auch in den kleineren Städten und nicht minder auf dem Lande, namentlich überall da, wo die Kinder ausserdem noch weite Wege bis zur Schule zurückzulegen haben, stellt die Speisung armer Schulkinder, die wie die in Berlin und anderwärts, namentlich auch in der Schweiz gemachten Erfahrungen bestätigen, einen ausserordentlich günstigen Einfluss auf Gesundheit, Regelmässigkeit im Schulbesuch und Lerneifer zur Folge hat, eine hygienisch wichtige Aufgabe, vor Allem der privaten Wohlthätigkeit, dar. Um aber diese hygienische Forderung mit den socialen Pflichten der Eltern möglichst in Einklang zu bringen, ist es nothwendig, dass dièse Speisungen auf die dringendsten Fälle beschränkt werden. In Uebereinstimmung mit dem Beschluss des Deutschen Armenpflegertages auf der Jahresversammlung des Jahres 1896 ist die Verabreichung von Nahrungsmitteln an Schulkinder thunlichst unter Mitwirkung von Organen der Schulverwaltung auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen die Fürsorge aus Unterrichtsgründen erforderlich erscheint und nicht durch Unterstützung der Familie gewährt werden kann.

Sollen aber die Armenärzte gehalten sein, allen diesen Fragen ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, sei es dauernd an ihrem Wohnorte oder ausserhalb desselben bei Gelegenheit anderweitiger Thätigkeit, so ist nothwendige Voraussetzung, dass die Gehälter derselben der Verantwortlichkeit ihrer Stellung und der Mühewaltung entsprechend erhöht werden.

Dass bei den Communalärzten ein solcher Appell, diese ihre Thätigkeit im Sinne der öffentlichen Gesundheitspflege und im Besonderen der Gemeinde-Hygiene weiter auszugestalten, ihre Kenntnisse und Erfahrungen nicht bloss dem einzelnen Kranken, sondern vorbeugenden Zwecken nutzbar zu machen, nicht erfolglos bleiben wird, dafür bürgt, dass sie seit lange bereit und gewohnt sind, im Einzelfall ihr Wissen und Können der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen. Eine solche Thätigkeit, die in erster Linie vorbeugenden Zwecken dient, würde ihnen zweifellos eine grössere Befriedigung gewähren, als eine Thätigkeit, der durch die realen Verhältnisse häufig die engsten Grenzen gesteckt sind. Und was von dem Communalarzt gilt, hat in gleicher Weise Bezug auf die Aerzte in ihrer Gesammtheit.

Wenn zugegeben werden muss, dass der Arzt einen der wichtigsten Factoren der hygienischen und socialen Organisation darstellt, dass ohne die bereitwillige Mithilfe der Aerzte in ihrer Gesammtheit alle prophylaktischen Maassnahmen mehr oder weniger erfolglos bleiben, dass ihre Thätigkeit nicht damit erschöpft sein darf, bei ausgebrochener Krankheit dem Kranken ihre Hilfe zu bringen, sondern dass sie ihre Thätigkeit in den Dienst der Gesundheitspflege zu stellen und ihre Anordnungen dahin zu erweitern haben, dass die Familie und weiterhin die Gesammtheit vor Schaden möglichst bewahrt bleibt, so kann andererseits nicht geleugnet werden, dass auf Seiten der Aerzte nach dieser Richtung hin nicht immer dasjenige Verständniss gefunden wird, wie es in Berücksichtigung des dem Gemeinwohl dienenden Zweckes der hier in Frage kommenden Maassnahmen erwartet werden sollte. Je mehr der Arzt bei seinem Handeln sich von Rücksichten der öffentlichen Gesundheit leiten lässt, um so sicherer wird in jedem einzelnen Falle eine Verbreitung vermeidbarer oder übertragbarer Krankheiten verhütet werden, und um so erfolgreicher werden die behördlicherseits anzuordnenden Maassnahmen sich erweisen. Dies gilt namentlich auch hinsichtlich der Kassenärzte, deren Mitwirkung um so werthvoller und erspriesslicher sich gestalten wird, je mehr die hygienische Seite der kassenärztlichen Thätigkeit zur Geltung kommt, und je mehr die Kassenärzte ihre Aufmerksamkeit auf die den Mitgliedern der Krankenkassen in den verschiedenen Gewerbebetrieben drohenden Schädlichkeiten richten.

Hierzu die Aerzte zu erziehen, muss für eins der vornehmsten Ziele des ärztlichen Unterrichts und weiterhin für eine der dringendsten Aufgaben des ärztlichen Vereinslebens und der ärztlichen Standesvertretung erachtet werden.

Specielle Krankenversorgung.

V. Für Soldaten.

1. Beim Landheer.

a) Im Frieden.

Von

Oberstabsarzt I. Kl. a. D. Dr. **Helbig** in Serkowitz.

Einleitung.

Die Krankenversorgung im Friedensheere findet sich in den Werken über Militärmedizin oder Heeresgesundheitsdienst im Zusammenhange behandelt. Die Schriften über Militärgesundheitspflege besprechen zumeist auch einzelne wichtige Theile, insbesondere die Militärkrankenhäuser. Andere Einzelheiten pflegen gelegentlich der Erörterungen über Kriegssanitätsmaassnahmen erwähnt zu werden.

Als Nachweise des Fachschrifthums dienen die Sachregister der militärärztlichen Zeitschriften, der Index-catalogue of the library of the Surgeon General's Office (Washington, seit 1880), W. Roth's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens (Berlin, seit 1874), der Abschnitt: „Bücherkunde“ in H. Frölich's „Militärmedizin“ (Wreden's Sammlung kurzer medizinische Lehrbücher, 13. Band, Braunschweig 1887, Seite 5—13) u. s. w. Vergleiche das bibliographische Verzeichniss im Anhange zu diesem Bande.

Jedes geordnete Heer besitzt Vorschriften über die Krankenversorgung im Frieden. In Deutschland waren diese in zahllosen Reglements, Instructionen, Verfügungen, Erlassen u. s. w. der Einzelstaaten zerstreut. Jetzt sind sie durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891 zusammengefasst, deren wichtigste Ergänzungen aus dem „Amtlichen Beiblatt zur Deutschen militärärztlichen Zeitschrift“ zu ersehen sind; auch erschien im April 1896 ein die bis dahin vorgenommenen Abänderungen zusammenfassender „Nachtrag I zur Friedens-Sanitäts-Ordnung“.

A. Meldung von Erkrankungen.

Bei den dienstlichen Meldungen von Erkrankungen und Unfällen ist zu unterscheiden zwischen den Mittheilungen, welche von dem Betreffenden selbst ausgehen und Anzeigen von dritter Stelle. Bei ersteren handelt es sich meist um Krankheiten, welche überhaupt oder zur Zeit noch leicht sind. Die Gefahr der Vortäuschung liegt hier viel mehr, als sonst, vor. Es wird dabei bei weitem am häufigsten keine ernstliche, planmässige Simulation eines chronischen Leidens beabsichtigt und es kommt keine dauernde Dienstuntauglichkeit noch auch Pensionirung in Frage, sondern durch die Krankmeldung bezweckt der Vortäuschende zumeist nur die Befreiung von einer vorübergehenden, ihm aus irgend einem Grunde lästigen, dienstlichen Beschäftigung. Dieser Zweck wird in der Regel selbst dann erreicht, wenn die ärztliche Untersuchung die vorgebrachten Klagen als unbegründet erweist; denn während dieser Untersuchung hat meist der Dienst begonnen und der gesund Befundene kann für diesen Tag nicht mehr heran gezogen werden.

Um derartigen Missbrauch zu verhindern, steht bei manchen Heeren, insbesondere bei dem Französischen, auf unbegründete Krankmeldung Arreststrafe. Es erscheint dies im Hinblick auf die Möglichkeit eines Irrthums bei der ärztlichen Diagnose für das Ansehen des Arztes selbst und aus Gründen der Menschlichkeit nicht rätlich und überdies unnöthig. Denn jeder gewissenhafte Truppenarzt merkt sich diejenigen Leute, welche vor einem beschwerlichen Dienste mit unbegründeten Klagen zu erscheinen pflegen, und weiss im Einzelfalle dem abzuhelpen, so dass die Gefahr einer Diensthinterziehung nur bei einem Wechsel des ärztlichen Personals vorübergehend vorliegt.

Die Deutsche „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ schreibt (§ 15) zweckmässig vor, dass die krank zu meldenden Mannschaften mit den bereits in Revierbehandlung befindlichen, sofern sie gehen können, dem Arzte durch einen Unteroffizier compagnieweise vorgeführt werden (siehe S. 257 dieses Abschnittes).

Die Krankmeldung durch Dritte erfolgt je nach der Art der Erkrankung oder des Unfalls in verschiedener Weise. — Besitzt die Erkrankung allgemeine Wichtigkeit, wie beim Ausbruche von Seuchen, oder handelt es sich um einen Unfall mit ernstlicher Verletzung, so giebt der Arzt darüber der höheren Stelle sofort Mittheilung (vergl. weiter unten „Krankenberichte“ S. 280 unter „F.“).

Ueber die Beförderung der Meldungen von Unfällen machen sich in grösseren Garnisonen örtliche Vorschriften erforderlich, um die Wegschaffung der Verletzten thunlich bald herbeizuführen, beziehungsweise ärztliche Hilfe schnell anzurufen. Erfahrungsgemäss denkt sonst bei Bedarf bisweilen keiner der Beteiligten an den nächsten Fernsprecher, oder der diensthabende Telegraphist der Wache weiss nicht, dass das Krankenhaus Anschluss hat u. dergl.

B. Aertzliche Untersuchung.

Erscheint eine Erkrankung nicht derart, dass der Betroffene in seinem Quartiere oder in der Mannschaftsstube vom Arzte besucht oder unmittelbar in das Krankenhaus geschafft werden muss, so erfolgt die ärztliche Untersuchung in einem hierzu in jeder Kaserne vom Truppentheile bestimmten (oder bei nicht kasernirten Truppen ermieteten) Raume. Erheischt die Untersuchung besondere Sorgfalt, so kann hierzu die Revierkrankenstube benutzt werden, auf der in Deutschland (nach § 16, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) die Abhaltung des täglichen Revierkrankendienstes untersagt ist. Ebenso wenig darf dieser Dienst in assistenzärztlichen Dienstwohnungen, in Lazarethgehilfenstuben oder in Wachräumen abgehalten werden. Dagegen blieb in Deutschland (§ 14, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) der Revierdienst im Lazareth gestattet, sofern die Garnisonstärke höchstens zwei Bataillone beträgt, oder der wachhabende Sanitätsoffizier ausnahmsweise auch Revierdienst thut.

Das Untersuchungszimmer soll hell und in der kalten Jahreszeit geheizt sein. An Ausrüstungsstücken genehmigt die Deutsche Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 14, 3) eine Waschschüssel, einen verschliessbaren Holzkasten für die Verbandmittel, wöchentlich ein feines und ein gewöhnliches Handtuch, Seife.

Die ärztliche Untersuchung beim Militär weicht von der gewöhnlichen im Civil kaum ab. Wenn möglich, sind Haut- und Geschlechts-erkrankungen zu berücksichtigen, die bisweilen von Verunglückten oder anderweit Erkrankten verheimlicht werden, und deren Uebersehen zu unliebsamen Weiterungen, insbesondere bei Abgabe des Kranken an ein Garnisonlazareth, Anlass geben kann. Ferner erörtert die militärärztliche Untersuchung, ob die Erkrankung eine ausserdienstliche oder dienstliche Ursache habe.

Das Untersuchungsergebniss wird in das Tagebuch (Revierbuch) eingetragen, und je nach Erfordern die nöthige Meldung entworfen, auch bestimmt, ob der Untersuchte im Revier, im Krankenhause oder gar nicht weiter zu behandeln sei. Bei dieser Entscheidung hat der Arzt zur Meidung unliebsamer Folgen zu beachten, welcher Anspruch auf Krankenpflege im Frieden dem Erkrankten zusteht. Dem Lazarethe sind nach der Beilage 12 zu § 64 der Friedens-Sanitäts-Ordnung zunächst nur die zur Krankenhausbehandlung geeigneten Gemeinen, unverheiratheten Unteroffiziere und Militärunterbeamten zu überweisen. Betreffs der Avantageure wird in Deutschland nicht allenthalben gleich verfahren, zumeist werden sie wie Mannschaften desselben Ranges behandelt. Einjährig Freiwillige werden nur dann dem Lazareth überwiesen, wenn sie dies selbst wünschen oder in ihrer Wohnung keine genügende Pflege finden oder bei früheren Er-

krankungen sich unzuverlässig erwiesen. Für gewöhnlich kommen die Einjährig Freiwilligen in civilärztliche Behandlung oder in das Revier, wo ihnen ärztliche Hilfe (auch in ihrer Wohnung, falls eine solche Behandlung der zuständige Sanitätsofficier nach der Anmerkung zu § 15, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung freiwillig übernimmt) unentgeltlich zu steht, während sie Arzneien, Verbandmittel und chirurgische Geräte (nach § 17, 2 und § 120) bezahlen müssen. Auch die verheiratheten Unterofficiere werden bei schwerer Erkrankung, falls in ihrer Wohnung die erforderliche Wartung fehlt oder von ihrer Kasernenwohnung aus die Gefahr einer Ansteckung gesunder Mannschaften droht, der Krankenhausbehandlung überwiesen.

Liegt ein Unfall vor, welcher schleunige Hilfe erfordert, so treten die Erwägungen hinsichtlich der Bezahlung von Verbandstoffen u. dergl. zurück; es dürfen alsdann letztere nach § 119, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung selbst an Civilpersonen ohne weiteres verabreicht werden.

C. Revier.

Die militärische Revierbehandlung entspricht der ambulatorischen oder Sprechstunden-Thätigkeit in der Civilpraxis oder der Poliklinik bei der ärztlichen Lehranstalt. Unter den Revierkranken pflegt man drei verschiedene Grade zu unterscheiden, nämlich die sogenannten Dispensirten, (früher: Schonungskranken), die gewöhnlichen Revierkranken und die in der Revierkrankenstube Aufgenommenen.

Die ersteren sind solche Mannschaften, welche aus irgend einem ärztlichen Grunde von gewissen Dienstleistungen entbunden sind. Hierzu gehören zumeist auch die aus dem Krankenhause als noch schonungsbedürftig Entlassenen, ferner die zur Verabschiedung wegen Dienstunbrauchbarkeit und die zu Badecuren Vorgeschlagenen. Während die eigentlichen Revierkranken völlig dienstfrei sind, können andere zu allen Dienstleistungen herangezogen werden, von denen sie nicht ausdrücklich befreit sind. Es führt dieser Umstand leicht zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Truppen und dem Arzte, insbesondere, wenn es sich nicht um Gemeine in Reihe in Glied, sondern um Musiker, Unterofficiere, Schreiber, Burschen handelt. Es erschien deshalb der Begriff „Schonungskrank“ als ein Compromiss zwischen dem Sanitäts- und Truppendienste und wurde deshalb bei den einzelnen Truppentheilen und Garnisonen ungleich weit ausgedehnt. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung vermeidet deshalb den beregten Ausdruck; sie spricht (in § 12,2) nur von „theilweiser Befreiung vom Dienste im Quartier (Kasernen- bzw. Bürgerquartier)“ und bezeichnet (in der 6. Bemerkung zu Muster a der Beilage 10) als revierkrank jeden, „welcher auf Grund einer ärztlichen Anordnung, ohne in die Lazarethverpflegung aufgenommen zu sein, ganz oder theilweise vom Dienst befreit ist.“

Diejenigen Revierkranken, welche von jedem Dienste befreit sind, halten sich tagsüber in der Mannschaftswohnung auf. Zur be-

stimmten Stunde treffen sie unter Führung eines Unteroffiziers oder Gefreiten in dem Revierdienst-Zimmer (Seite 255) ein. Es handelt sich hierbei meist nur um Leichtkranke, deren Wiederherstellung in wenigen Tagen zu erwarten steht und die von keinem ansteckenden oder geschlechtlichen Leiden befallen sind. Krätzkranke kommen nach § 12, 2 und 27, 2 * * * 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nur, sofern sie in Bürgerquartieren liegen, bei Quartierwechsel in Lazarethbehandlung.

Der Revierdienst wird in der Regel von einem Assistenzarzte des Truppentheils bataillons- oder regimentsweise abgehalten. Er soll thunlich vor Beginn des Dienstes, jedenfalls aber erst nach Tagesanbruch anfangen. Findet er im Lazareth statt, so ist durch § 14, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung der Beginn im Sommer nicht vor 6, im Winter nicht vor 8 Uhr festgesetzt. Revierdienstthuende Unter- oder einjährig freiwillige Aerzte müssen nach einem Erlasse der Medicinal-Abtheilung des preussischen Kriegsministeriums (No. 1664/10 M. A.) vom 3. Januar 1895 vorher mit diesem Dienste hinreichend vertraut gemacht worden sein. Ausser dem Arzte soll mindestens ein Lazarethgehilfe zur Stelle sein. Die näheren Anordnungen trifft jedes Regiment nach Anhörung seines rangältesten Sanitäts-Offiziers.

Zum Revierdienst gehört die ärztliche Aufsicht über die Revierkrankenstuben. Diese sollen Unterkunft für solche Revierkranke gewähren, „bei denen behufs baldiger Herstellung der Dienstfähigkeit besonders auf die Ermöglichung eines gleichmässigen, ruhigen Verhaltens oder der Bettlage, und auf die gesicherte Durchführung bestimmter ärztlicher Verordnungen Werth zu legen ist.“

Ob es nöthig sei, in Kasernen Krankenstuben einzurichten, bildet eine alte Streitfrage der Militärgesundheitspflege. In Deutschland wurden die einschlägigen Versuche, nachdem sich diese Einrichtung als unzweckmässig herausgestellt hatte, reglementarisch im Frühjahr 1873 aufgegeben. Als aber bei den späteren plötzlichen Heervermehrungen die seit dem 26. Januar 1868 von $6\frac{2}{3}$ pCt. auf 5 pCt. der Garnisonstärke herabgesetzte Normalkrankenzahl der Friedenslazarethe nicht mehr beschafft werden konnte und schliesslich noch weiter (bis auf 4 pCt.) vermindert werden musste, so machte sich die Wiederbeschaffung von Kasernenkranken-Stuben erforderlich. Ueber deren Einrichtung bestimmt die Garnison-Gebäudeordnung vom 19. December 1889 (erster Theil, § 29), dass in der Regel eine Revierkrankenstube für keinen grösseren Truppentheil, als je ein Bataillon, Kavallerie-Regiment oder Artillerieabtheilung vorzusehen sei. Der Belegeraum bemisst sich auf 20 m³ für den Kopf und $1\frac{1}{2}$ pCt. der etatsmässigen Truppenstärke. Auf eine für den Zutritt von Licht und Luft günstige Lage und auf gute Lüftungs-Vorrichtungen ist besonders zu achten, doch werden keine näheren Vorschriften gegeben. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 16 und Beilage 3) bestimmt als Ausstattung der Revierkrankenstuben die kasernenmässige der Mannschaftszimmer und ausserdem: Fenstervorhänge, Wassergläser, Nachtgeschirre, Speigläser, einen Schrank für Listen, Geräthe und Heilmittel, Wasch-

schüsseln, Handtücher, eine Fussbadewanne, ein Zimmerthermometer, einen Eimer, sowie ferner eine Spülkanne, ein Eiterbecken, ein Fieberthermometer und einen Seifennapf. Auch erhielten die Revierkrankenstuben durch die Kriegsministerial-Verfügung (1375/11. 97. M. A.) vom 30. December 1897 einen Blechkasten für Verbandstoffe und eine Schale zur Desinfection chirurgischer Instrumente. Bekleidung, Wäsche, Bettzeug und Beköstigung werden nicht besonders gewährt, und zur Reinhaltung bei Bedarf Leichtkranke vom dienstthuenden Arzte herangezogen. Als Stubenältester ist auf jeder Krankenstube ein Lazarethgehilfe kasernenmässig untergebracht.

Hiernach stellen die Revierkrankenstuben in Deutschland nur Nothbehelfe dar.

Vergleicht man die entsprechenden Einrichtungen in anderen Heeren, so darf man mit den Revierkrankenstuben nicht verwechseln das Regimentslazareth bei der Englischen Armee, ferner das Marodenhaus nach der Oesterreichischen Vorschrift vom 18. December 1873 und das Oesterreichische Truppenspital. Beide sind kleine Garnisonlazarethe, und zwar das Marodenhaus für eine Garnison von 300 bis 500, das Truppenspital für eine solche von mehr als 500 Mann. Bestimmungsgemäss dienen die Marodenhäuser zur Aufnahme nicht nur leichter, eine baldige Genesung in Aussicht stellender, sondern auch schwerer, zur Wegschaffung ungeeigneter Kranken, „wobei jedoch mit Rücksicht auf den in der Regel beschränkten Raum und die sonstigen nicht für eine spitalmässige Pflege ausreichenden Einrichtungen dieser Anstalten, eine zeitgemässe periodische Abgabe von Kranken an das nächste Truppen- oder Garnisonsspital stattzufinden hat“ (Organische Bestimmungen für die k. und k. Militär-Sanitäts-Anstalten, V. — Normal-Verordnungsblatt für das k. und k. Heer, 26. Stück vom Jahre 1894).

Die neue Oesterreichische Kasernenbauvorschrift (Anleitung für den Neubau von Kasernen, Normal-Verordnungsblatt für das k. und k. Heer, 33. Stück. Zu Abth. 8, No. 2473 vom Jahre 1895; § 214 bis 227) schreibt in jeder Kaserne für Leichtkranke, „welche voraussichtlich zu ihrer Herstellung nur kurze Zeit und keiner schwierigen Pflege bedürfen“, getrennte Räume vor, deren Grösse 2 pCt. des Mannschaftsbelags der Kaserne nicht überschreiten soll. Die 3,8—4,2 m hohen Zimmer gewähren für jeden Kopf 6 m² Bodenfläche und 24 m³ Luftraum. Sie sind nach Südosten, Süden oder Osten anzulegen, die Lüftungsvorrichtungen berechnen sich bei einem Wärmeunterschiede von 3° C. zwischen Innen- und Aussenluft für jede Lagerstätte auf einen stündlichen Luftwechsel von 40—50 m³. Die Zimmer erhalten wemöglich eigenen Eingang, auch sind besondere Aborte für die Kranken herzustellen.

Von der Revierkrankenstube der Kaserne wesentlich verschieden ist ferner die Französische Infirmierie, die bis zur Zeit Ludwig's XIV. das Militärlazareth ersetzte. Sie erhielt unter Soult 1838 eine moderne Gestalt und findet sich meist in einem eigenen Gebäude untergebracht.

Auf $2\frac{1}{2}$ —3 pCt. der Mannschafsstärke bemessen nimmt sie auch Geschlechtskranke auf und ist mit Besuchszimmer und Bad ausgestattet. Die Unbestimmtheit des Begriffs „leicht“ bei Erkrankungen hat zur Folge, dass manche Truppenärzte nur wenig Kranke in die Infirmerie aufnehmen, während andere Aerzte die ihrige zu einem vollständigen Krankenhause ausbilden. Die nicht in der Infirmerie aufgenommenen Revierkranken werden als „malades à la chambre“ in den Listen geführt.

D. Krankenförderung.

Zur Fortschaffung der Kranken und Verunglückten erwähnt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 67) den Krankenkorb und die Krankenfahrbahre, sowie Eisenbahnen, Dampfschiffe, Pferdebahnen oder bespannte Wagen. Die Krankentrage, welche im Kriege in erster Reihe in Frage kommt, findet im Frieden nur bei aussergewöhnlichen Fällen, wie bei Massenverunglückung und bei grösseren Truppenübungen, Verwendung. Die bei Bedarf für entlegene Kasernen oder Forts anzuschaffende Krankenfahrbahre findet sich in Beilage 37 zu § 175, 3 unter B. 82 ausführlich beschrieben; neuerdings dürfen jedoch (Nachtrag I vom April 1896, No. 155) auch andere Constructionen mit Genehmigung der Medicinal-Abtheilung Verwendung finden. Diese Räderbahnen nach amerikanischem Vorbilde fanden zuerst wenig Anklang; man zog häufig den alten Krankenkorb vor, der von zwei Trägern in gewöhnlicher Weise oder auch von vierten auf den Schultern getragen wird. Irgend welche Besonderheiten von der entsprechenden Einrichtung im Civil bietet diese Beförderung beim Militär nicht. Dasselbe gilt von den anderen, oben erwähnten Transportmitteln und den etwa bei hochgelegenen detachirten Forts zur Benutzung kommenden Tragthieren. Die etatsmässige Leichentrage beschreibt die angeführte Beilage 37 unter No. 337 (Nachtrag I, No. 160). Die in besonderen Fällen bei Ermangelung gewöhnlicher Beförderungsmittel anzuwendenden Improvisationen werden im Abschnitt über „Krankenförderung im Kriege“ (Abschnitt V, 1b der II. Abtheilung dieses Bandes) abgehandelt, desgleichen die zur Beförderung innerhalb des Krankenhauses selbst dienenden Aufzüge und Tragestühle im Abschnitt „Krankenkomfort“.

Die zur Ueberführung ansteckender Kranken gebrauchten Beförderungsmittel werden vom Lazareth desinficirt und zwar, falls sie einem Unternehmer gehören, vertragsmässig auf dessen Kosten.

Als Personal werden zur Krankenförderung in der Regel Mannschaften aus Reih und Glied, wenn thunlich unter Aufsicht eines Lazarethgehilfen, befehligt. Bei grösseren Truppenübungen bestimmt man hierzu zweckmässig für den Kriegsfall ausgebildete Krankenträger, ebenso in grösseren Garnisonen zu den regelmässigen Krankenüberführungen. Selbstredend wird für aussergewöhnliche Fälle, bei Massentransporten, auf beträchtliche Entfernung u. s. w. ein Arzt beigegeben.

Die regelmässige Krankenbeförderung mit den Hilfsmitteln der Neuzeit, insbesondere der Eisenbahnen, versuchte man hie und da zu benutzen, um für kleine Garnisonen, insbesondere in Grenzgebieten, die Einrichtung grösserer Krankenhäuser entbehrlich zu machen, indem man alle zur Ueberführung geeignete Kranken der nächsten grösseren Ortschaft mit einem umfangreichen Militärlazareth zuwies. Das Verfahren bewährte sich aber bei der Ausführung auf die Dauer wenig, so dass man im Frieden die Krankentransporte meist auf das unbedingt Nöthige, vorzugsweise auf specialistische Behandlungsfälle und zur Verhütung von Ueberfüllung bei ausbrechenden Seuchen, beschränkt.

E. Krankenhaus.

Die militärischen Krankenhäuser bieten keine wesentlichen Verschiedenheiten im Vergleich mit denen des Civils dar. Vor einigen Jahrzehnten bildeten die Amerikanischen Krankenhausanlagen auch für civile Lazarethe vielfach ein Vorbild, doch handelte es sich hier ausschliesslich um die während des Secessionskriegs improvisirten Anlagen, während sonst allenthalben die best eingerichteten Civil-Krankenanstalten Muster für Militärfriedensspitäler zu bilden pflegen.

a) Schriftthum.

Die Literatur der Militärfriedenslazarethe erscheint der Wichtigkeit des Gegenstandes entsprechend umfangreich; insbesondere enthalten fast alle Handbücher der Militärgesundheitspflege einen besonderen Abschnitt über Krankenhäuser, der sich jedoch in der Regel nicht auf das den militärischen Verhältnissen Eigenthümliche beschränkt, sondern die gesundheitlichen Gesichtspunkte der Lehre vom Krankenhausbaue überhaupt mit in Betracht zieht. An dieser Stelle kommt das Krankenhaus im Allgemeinen nicht in Betracht, da es bereits (im Abschnitte III des ersten Bandes dieses Werkes) abgehandelt wurde.

Wichtiger als die erwähnten Abschnitte der Lehrbücher erscheinen für den vorliegenden Gegenstand Beschreibungen einzelner Garnisonlazarethe. Solche finden sich vornehmlich in den officiösen Garnisonberichten, von denen in Deutscher Sprache die seit 1887 zu Wien vom k. k. Reichskriegsministerium herausgegebenen „hygienischen Verhältnisse der grösseren Garnisonsorte der österreichisch-ungarischen Monarchie“ und die seit 1893 zu Berlin erscheinenden „Garnisonbeschreibungen“ der Medicinal-Abtheilung des k. Preussischen Kriegsministeriums (bisher: Kassel, Stettin, Liegnitz, Hannover, Potsdam) zu nennen sind. — Endlich kommen in Betracht die in allen Staaten erlassenen Vorschriften über Bau, Einrichtung und Verwaltung der Militärlazarethe. In Deutschland enthält in dieser Beziehung alles Wesentliche der III. Theil der Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891 (§ 41 bis § 317).

b) Geschichte.

Ueber die altrömischen Militärlazarethe ist wenig bekannt und dieses Wenige noch nicht kritisch zusammengestellt. Sie entsprachen nicht sowohl den modernen Krankenhäusern der Friedensheere, als vielmehr den Kriegslazarethen, da das Römische Heer auch im Frieden wenigstens bis auf Septimius Severus nicht sowohl aus Garnisonen als aus jeder Zeit mobilen Feldtruppen zusammengesetzt war.

Noch weniger kann bei den anderen Völkern des Alterthums und während des ganzen Mittelalters von militärischen Friedenslazarethen die Rede sein, deren erstes Vorkommen Frölich (a. a. O. S. 599) bei den Mauren vermuthet. — Nachzuweisen sind sie erst unter Ludwig XIV. von Frankreich, der 1708 in 51 Städten Militärlazarethe einrichten liess. Noch früher, nämlich seit 1706, soll in Moskau eine militärische Heilanstalt bestanden haben. Die einzelnen Staaten folgten dem Französischen Vorbilde noch im Laufe des 18. Jahrhunderts. Meist waren die Einrichtungen, dem damaligen Standpunkte der Krankenhausbaukunde entsprechend, mangelhaft und von einem übel angebrachten Sparbestreben beeinflusst.

Erst nach dem Krimkriege veranlasste das Englische Blaubuch über die Untersuchung von 162 Kasernen und 114 Lazarethen (General report of the commission appointed for improving the sanitary condition of barracks and hospitals, London 1861; 338 Folioseiten) eine Wendung zum Besseren. Seit dieser Zeit war man in allen Staaten bemüht, die militärischen Krankenhäuser den Forderungen der Gesundheitslehre entsprechend einzurichten. In Deutschland kam dieses Bestreben im Jahre 1891 zu einem vorläufigen Abschlusse mit dem Erlasse der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Diese entspricht selbst weitgehenden Ansprüchen an Krankenhäuser in befriedigender Weise, allerdings nur für die verhältnissmässig knapp bemessene Krankenzahl von höchstens 4 pCt. der Truppenstärke. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigte jedoch, dass bei dem allgemeinen Sinken der Erkrankungshäufigkeit diese Beschränkung zulässig war, und es liegt zur Zeit kein Grund zu der Befürchtung vor, dass in der nächsten Zukunft die Gesundheitsverhältnisse sich ungünstiger gestalten.

c) Baustelle.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Forderungen kommen für die Wahl der Baustelle des Militärlazareths keine anderen Gesichtspunkte zur Geltung, als bei der Erbauung anderer Krankenhäuser. Die Nähe, nicht aber der unmittelbare Anschluss der Kaserne erscheint erwünscht, dergleichen bei grösseren Anlagen, denen Kranke von auswärtigen Garnisonen zugehen, auch die Nähe einer Eisenbahn. Ebenso erwünscht ist für Erweiterungsbauten im Kriege eine verfügbare Bodenfläche, die im Frieden zweckmässig als Garten oder Krankenpark verwandt wird und zur Fernhaltung unliebsamer Nachbarschaft dient. Für befestigte Plätze macht

sich eine freie, weithin sichtbare Lage erforderlich, da sonst (nach den Erfahrungen des Feldzuges 1870/1 in Frankreich) selbst ein Gegner, welcher die Unverletzlichkeit des Krankenhauses im Sinne des Genfer Vertrages berücksichtigen will, dies bisweilen wegen der Unkenntlichkeit des Baues nicht vermag.

Bezüglich der Beschaffenheit des Untergrundes des Lazarethbauplatzes schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 1, 3 von Beilage 11 zu § 42, 5) zwar chemische und bakteriologische Boden- und Wasseruntersuchung, sowie Senkung von Probebrunnen vor, jedoch nur, „wo die Bodenbeschaffenheit zu gesundheitlichen Bedenken Veranlassung giebt.“ Umgekehrt sollten derartige Untersuchungen die Regel bilden, von der nur im Ausnahmefalle und, wenn keinerlei Bedenken vorliegen, abgegangen werden darf.

d) Grösse.

Ein Militärlazareth unterliegt hinsichtlich der Begrenzung seines Umfanges nach oben denselben Schranken, wie die sonstigen Krankenanstalten, die von einer gewissen Grösse an schwerfällig und kostspielig zu verwalten sind und den Kranken unzutraglich werden. Während es in Deutschland an einer bezüglichen Vorschrift fehlt, bezeichnet Art. XVIII der österreichischen „organischen Bestimmungen für die Militär-Sanität“ vom 12. Juni 1894 als grössten Belegraum für ein erweitertes Garnisonsspital 1000 Betten. Im Frieden dürfte etwa die Hälfte, welche in Deutschland einer Garnison von 12500 Mann entspricht, für gewöhnlich die Grenze bilden, innerhalb deren eine einheitliche Leitung und die Verwaltung noch im Stande sind, den Dienstbetrieb und die wirtschaftliche Gebahrung hineinreichend zu übersehen. Als untere Grenze wird für Deutschland durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 42) eine Truppenstärke von 600 Mann (entsprechend 24 Lagerstätten) festgesetzt. Nur ausnahmsweise, insbesondere in Grenzgebieten, wird für eine kleinere Kopfzahl ein Garnisonlazareth bewilligt; in der Regel aber statt des letzteren zur Aufnahme der nicht in die nächste grössere Garnison verlegbaren Kranken eine Civilheilanstalt vertragsmässig (§ 45 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) benutzt. — Die bezüglichen Oesterreichischen Bestimmungen wurden bereits auf S. 258 dieses Bandes erwähnt.

Für die einzelne Garnison bestimmt den Umfang des Militärkrankenhauses die Normalkrankenzahl, die in Deutschland seit 1885 auf 4 vom Hundert der Garnisonstärke herabgesetzt wurde (siehe S. 257 dieses Bandes). Ausnahmsweise kann diese Zahl auf $3\frac{1}{2}$ bemessen werden. Dieser Werth mindert sich jedoch dadurch, dass in die Belegungsfähigkeit (Normalkrankenzahl) des Lazareths Arrestlocale, Behälter für Geisteskranke, sowie bei mehr als 200 ein Betsaal je nach dem Fassungsraume eingerechnet werden; auch sind die benachbarten Garnisonen nur „mit 2 pCt. ihrer Etatsstärke in Rechnung zu ziehen“ (Anmerkung zu § 42, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung).

Genügen die im Garnisonlazarethe vorgesehenen Lagerstätten für

die Krankenzahl aus irgend einem Grunde nicht mehr, so werden Hilfs-lazarethe eingerichtet, wozu nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 43) nur „ganz ausnahmsweise“ und vorübergehend belegte Kasernen benutzt werden dürfen.

Was die Grösse der einzelnen Krankengebäude betrifft, so bieten auch hierin die militärischen Verhältnisse keinen Anlass zu besonderen Forderungen. Bei kleineren Anlagen bis zu 40 Kranken dürfen in Deutschland im Krankengebäude des Garnisonlazareths auch die Verwaltungsräume mit untergebracht werden. Desgleichen soll jedes Geschoss eines Pavillons nur 40 Lagerstätten enthalten, während bei gewöhnlichen Gebäuden mit Längsflur höchstens 30 Lagerstätten in jedem Geschosse untergebracht werden.

Als Grundfläche rechnet man in Deutschland bei kleineren Garnisonlazarethen 180, bei grösseren 150 qm, wobei die erforderlichen, geräumigen Hof- und Gartenplätze inbegriffen sind. — Betreffs der Grundform der Anlage sah man zweckmässig von Aufstellung allgemeiner Grundsätze ab, doch soll eine lang gestreckte oder in spitzen Winkeln auslaufende Gestalt des Bauplatzes möglichst gemieden werden.

e) Krankengebäude.

Das Krankenhaus des militärischen Lazareths hat kaum eine Besonderheit gegenüber den sonstigen Lazarethanlagen. Es gilt dies sowohl hinsichtlich der Höhe und Flächenausdehnung der Gebäude, als auch hinsichtlich der Zahl und Höhe der Stockwerke, desgleichen hinsichtlich der Gänge (Flure, Corridore), der Treppen und Eingänge, ferner der Unterkellerung, Entwässerung und Bedachung, endlich des Baustoffes und des Baustils. Um hier keine Wiederholung des (im Abschnitt III des ersten Bandes dieses Werkes) Gesagten zu bringen, bleibt im Folgenden nur das für die Deutschen Militärlazarethgebäude von der Friedens-Sanitäts-Ordnung (Beilage 11 zu § 42, 5) vorgeschriebene zu erwähnen. Diese unterscheidet zwischen gewöhnlichen massiven Krankenhäusern, die sie „Krankenblocks“ nennt, und Pavillons.

Die Einzelheiten ergeben sich aus dem Wortlaute der (am Schlusse dieses Abschnittes abgedruckten) §§ 2 bis 6, sowie 11 und 12. Diese Vorschriften haben lediglich für Neubauten und auch da nur als „allgemeine Grundsätze“ Gültigkeit, sodass im Einzelfalle alle Forderungen der Wissenschaft berücksichtigt werden können.

Eine eigenthümliche Bauweise, nämlich die Tollet'sche, liegt für ein Militärlazareth besonders nahe, da diese von dem Erfinder zunächst für Kasernen berechnet war und für solche in Frankreich mehrfach Verwendung gefunden hat (C. Tollet, Mémoire . . . sur les logements collectifs, hôpitaux, casernes etc. Paris 1878. — Derselbe, Logements collectifs: casernes, ebenda 1888, Folio mit 9 Tafeln). Die Anwendung auf Krankenhausbauten im Allgemeinen wurde im Abschnitt III des 1. Bandes dieses Werkes bereits behandelt und durch Abbildungen ebendasselbst veranschaulicht. — Der Tollet'sche Spitzenbogen-

bau bietet erhebliche Vortheile, vornehmlich Einfachheit, Billigkeit und Vermeidung stockender Luftschichten. Leider ist er erfahrungsgemäss nur in wärmeren Gegenden ohne regelmässigen, anhaltenden Schneefall verwendbar. Die schon in Nordfrankreich, noch mehr bei den deutschen Witterungsverhältnissen nöthig werdenden Veränderungen der Spitzbogenbauweise heben jedoch die erwähnten Vorzüge auf, sodass ein Militärkrankenhaus nach Tollet's System für Deutschland kaum in Frage kommt.

f) Krankenzimmer.

Von dem Krankenzimmer und dessen Ausstattung gilt dasselbe, was von dem Krankengebäude vorstehend bemerkt wurde. Als Eigenthümlichkeit könnte man beim Militärlazarethe vielleicht die Stuben für Offiziere und die für Arrestanten ansehen; es entsprechen jedoch die Offizierskrankenräume den in den meisten grösseren Civilkranken-Anstalten vorhandenen Einzelzimmern für zahlende Kranke und die Unterbringung arretirter oder in Strafhaft befindlicher Militär-Personen zeigt gegenüber der Versorgung Gefangener in Civil-Heilanstalten keinen Unterschied.

Die zur Zeit im Deutschen Heere bezüglich der Krankenzimmer geltenden baulichen Bestimmungen werden ersichtlich aus den am Schluss dieses Abschnittes abgedruckten §§ 13 bis 17 der Beilage 11 zu § 42, 5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung, deren Beilage 36 zu § 175, 1 die Vorschriften über die Krankenzimmer-Ausstattung im Einzelnen enthält.

Diese Vorschriften entsprechen im Allgemeinen den gesundheitlichen Anforderungen der Neuzeit. Etwas spezifisch Militärisches enthalten sie kaum. Von solchen könnte eine in Kasernen bewährte Neuerung in Frage kommen, nämlich die Behandlung der hölzernen Zimmerfussböden mit Theer, die von Schaffer (in No. 15 der allgemeinen Wiener med. Zeitung vom Jahre 1886) angegeben wurde und als Coaltarisation (vom englischen „coal“ Kohle und „tar“, Theer, theeren) im französischen Heere durch das Rundschreiben des Kriegsministeriums an die General-Kommandos vom 5. Februar 1894 (Bulletin officiel du ministère de la guerre, No. 7, Seite 89 bis 97) für Kasernenzimmer empfohlen wurde. Das Verfahren ist theuer und verleiht dem Wohnraume ein düsteres Aussehen. Es gestattet aber eine leichte Reinigung durch Aufwischen, hält Ungeziefer fern und beseitigt den unangenehmen Geruch voll belegter Zimmer. Ueber Verwendung des Theerens bei Krankenstuben wurden bisher keine Erfahrungen veröffentlicht, doch könnte das Verfahren bei Hilfslazarethen in gemietheten Räumen, insbesondere bei Garnisonen, in deren Kasernen es eingeführt ist, ebenso, wie die Benutzung neuerer Präparate (Carbolineum), in Frage kommen.

g) Kranken-Baracke.

Die Baracken haben für die Kranken-Unterbringung im Frieden eine erheblich geringere Bedeutung als im Kriege und werden deshalb im Abschnitte V, 1 b dieses Bandes ausführlich Erwähnung finden. Im Frieden kommen sie überall da zur Verwendung, wo eine geeignete Unterkunft in festen Gebäuden sich nicht schnell genug beschaffen lässt, wie bei ausbrechenden Seuchen, bei unvorhergesehenen Truppen-Verlegungen und nach Bränden. — Für Deutschland schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung § 46, 3 als Muster zu erbauender Baracken „im äussersten Falle“ die Noth- oder Zelt-Baracke nach der Anlage zur Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878 (§ 65) vor. Diese Baracke unterscheidet sich hauptsächlich durch leichtere Bauart von der Kriegs-baracke der Reserve-Lazarethe (ebenda § 66 und Abbildung, Bl. II). — Für gewöhnlich genügt jedoch im Frieden die Aufstellung von Zelten oder von transportablen Baracken. Als letztere sind in Deutschland zur Zeit die verbesserten Doecker'schen Militär-Lazarethbaracken und die Bernhardt - Grove'sche Wellblech-Krankenbaracke eingeführt, deren Verwendung und Einzelheiten aus der am Ende der Arbeit abgedruckten Beilage 11 a zu § 43, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich sind.

h) Nebenräume (Apotheke, Desinfection, Dienstwohnung).

Die zur Krankenpflege nöthigen Nebenräume, insbesondere Zimmer für Genesende, Irre und diensthabende Aerzte, ferner Apotheke, Operationsaal und Aufnahmeraum sind ebenso wie Geschäftszimmer, Vorrathskammern, Bäder, Speise- und Wasch-Küche, Leichenkammer bei kleinen Militärlazarethen kaum von den gleichartigen Einrichtungen in anderen gleichgrossen Krankenhäusern verschieden. Dagegen besitzen grössere Garnisonlazarethe, insbesondere solche in Orten, wo höhere Truppenbehörden sich befinden, einige Sondereinrichtungen. Zunächst dient dort die Apotheke nicht bloss dem Bedarfe des Lazareths selbst, sondern zugleich der Versorgung der kleineren Garnisonlazarethe des Bezirks und der im Kriegsfall aufzustellenden Feldlazarethe, Sanitäts-Detachements u. s. w. und bedarf deshalb umfangreicherer Räumlichkeiten für Heil- und Verbandmittel, als die Apotheke eines gleichgrossen Civilkrankenhauses. Als Arzneibereitungsstätte dient auch die Militär-Apotheke in neuerer Zeit ebenso, wie die Civil-Apotheke, nur wenig, da die im Grosshandel käuflichen Mittel und Verbandstoffe von Handlungshäusern und Fabriken (§ 106, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) bezogen werden. Die Vorräthe bemessen sich in Deutschland für gewöhnlich auf einen vierteljährigen Friedensbedarf, abgesehen von etwaigen Kriegsvorräthen. Die amtlichen Bezeichnungen der Aufbewahrungsstellen der letzteren sind: „Sanitäts-Depot“ und „Festungslazareth-Depot“ (§ 99 und 105 der Friedens-Sanitäts-Ordnung).

Die Desinfectionsanstalt eines Garnisonlazareths hat häufig eine grössere Ausdehnung als die eines gleichgrossen Civilkrankenhauses, da

die Kasernen meist in Ermanglung derartiger Anstalten bezüglich der Desinfection auf das Garnisonlazareth (nach der preussischen Kriegs-Ministerial-Verfügung vom 25. Juni 1890) angewiesen sind. Bei dem Friedensheere handelt es sich neben der Desinfection im engeren Sinne oft um Vertilgung des Ungeziefers in Kleidern und Geräthen, das bei dem Wechsel der Mannschaft vielfach von aussen eingeschleppt wird und bei dem engen Zusammenleben der kasernirten oder in Massenquartieren untergebrachten Leute meist günstige Vermehrungsbedingungen vorfindet. Es ist deshalb bei jeder Desinfectionsanstalt ein kleiner Raum erwünscht, dessen Luft andauernd auf 60 bis 70° erwärmt werden kann, Auf diese Weise lassen sich ohne jede Beschädigung Kleider von Läusen, Lederstücke und Möbel von Würmern, Polster von Motten, Betten von Wanzen u. s. w. befreien; hierbei wird vorausgesetzt, dass die Einwirkung der trockenen, heissen Luft bei grösseren Stücken mindestens 24 Stunden anhält, und dass sich der schädliche Einfluss strahlender Wärme erhitzter Flächen ausschliessen lässt.

Besitzt die Garnison nur ein einziges Desinfectionszimmer, so befindet sich dieses zur Sicherung sachgemässen Betriebes zweckmässig im Garnisonlazareth, während sonst, wie Roth & Lex (Handbuch der Militärgesundheitspflege, I. Band, Berlin 1872, Seite 626) verlangen, in jeder grösseren Kaserne ein besonderen Desinfectionsraum bereitzustellen ist. Grössere Desinfections-Vorkehrungen, wie eine solche Th. Petruschky (Roth & Lex a. a. O.; Tafel I zu Seite 544; Sanitätsberichte über die Deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich, 6. Band, Berlin 1886, Seite 58, Beilage 8 und Tafel 2) während des Krieges 1870/1 beim Zeughause zu Stettin in noch heute mustergiltiger Weise einrichtete, sind jedenfalls ausserhalb des Krankenhauses zu verweisen. Ueber eine neuere Garnison-Desinfectionsanstalt zu Thorn vergl. Behring, Bekämpfung der Infectionskrankheiten, hygienischer Theil (Leipzig 1894, Thieme), sowie „Statistischer Sanitätsbericht über die preussische Armee“, 1896. — Besitzt das Garnisonlazareth keine Desinfections-Vorrichtung, so werden städtische oder private Anstalten (nach der preussischen Kriegsministerial-Verfügung vom 4. Januar 1893) benutzt.

Anderer verhältnissmässig ausgedehnter Nebenräume bedürfen die grösseren Militärlazarethe zur Ausbildung der für den Kriegsfall in erheblicher Zahl einzustellenden Pflegemannschaft. Letztere erhält zum Theil Wohnung im Krankenhause selbst, und dieser Umstand führte zu dem Bestreben, das Garnisonlazareth zu einer Sanitäts-Kaserne zu erweitern. Einer solchen würde es in grösseren Garnisonen nicht an Belegmannschaft fehlen, wenn es möglich und zweckmässig wäre, das gesammte zur Krankenversorgung vorhandene Personal, nämlich Aerzte, Apotheker, Lazarethgehilfen, Verwaltungsbeamte, Krankenwärter, Krankenträger an einer Stelle zu caserniren. Eine derartige Wohnungsanlage für Gesunde würde man jedoch nur in thunlicher Nähe des Lazareths, nicht aber in diesem selbst anlegen.

Erscheint schon die Unterbringung Lediger im Krankenhaus über das

von dem Betriebe unbedingt Gebotene unräthlich, so gilt dies noch mehr von Wohnungen Verheiratheter. Abgesehen von den erheblichen Raumbedürfnissen solcher Wohnungen und von den Unzuträglichkeiten, die beim Verkehre verschiedener Geschlechter in geschlossenen Anstalten trotz aller Aufsicht sich herauszustellen pflegen, gefährdet die grössere Empfänglichkeit der Kinder für manche Infectionskrankheiten die gesunde Mannschaft sowohl, als die Kranken des Lazareths selbst. Von den hiergegen zu ergreifenden Maassnahmen erscheint die eine, nämlich die Absperrung der Erkrankten innerhalb der Familie auch bei grossen Wohnungen schwierig, die andere, nämlich die zwangsweise Verlegung des kranken Kindes oder der ganzen betroffenen Familie in ein anderes Gebäude, sowohl unmenschlich, als auch in den meisten Fällen nicht rechtzeitig durchführbar. — In manchen Heeren ist man trotzdem freigebig mit überflüssigen Dienstwohnungen in Militär-Heilanstalten. So erhalten nach einer Oesterreichischen Vorschrift (Normen über Ubikationen vom 12. März 1874, § 108, Seite 48) der Chefarzt, ein Primärarzt, der Abtheilungskommandant, Rechnungsführer, Oekonomieoffizier, Secundärarzt jeder Abtheilung, der Apotheker und sogar der Seelsorger Lazarethwohnung.

In Deutschland beschränkt die Friedens-Sanitäts-Ordnung die Einrichtung von Dienstwohnungen nicht, schreibt aber solche für Verheirathete ebensowenig vor. Von ledigen Männern sind wachthabende Aerzte und das nöthige Pflegepersonal selbstredend im Krankenhause unterzubringen, desgleichen die Hausdiener, Maschinisten und Hülfspersonal. Von ledigen Frauen bedürfen die Köchinnen der Lazarethwohnung, auch steht solche, aber ohne Ausstattung, den Krankenpflegerinnen geistlicher Genossenschaften nach der Friedenssanitätsordnung (Absatz 3 d der Beilage 18 zu § 87, 3) zu. Die Wasch- und Flickfrauen erhalten — soweit sie nicht mit unteren Lazarethbeamten verheirathet sind — keine Wohnung. Familienmitglieder oberer Beamten und Rechnungsführer sind von Arbeiten gegen Bezahlung ausgeschlossen (§ 190, 3 und Anmerkung zu § 191, 2).

Das bei der Civilverwaltung hie und da übliche Verfahren, Neubauten reichlich mit dienstlichen Wohnungen auszustatten, um letztere später bei Bedarf zu kündigen und in Nutzräume umzubauen, erscheint beim Heere schon aus Gründen des Haushalts kaum angängig und wenigstens bei Lazarethanlagen auch kostspielig und unzweckmässig.

Besondere Unterrichtsräume für die Lazarethmannschaften sind in Deutschland bei den militärischen Krankenhäusern nicht vorgesehen. Es wird hierzu (§ 11 der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhanges zur Friedens-Sanitäts-Ordnung) auch in den Lazarethgehilfenschulen am Sitze des Divisionskommandos eine grosse Krankenstube oder bei deren Ermangelung das Conferenz- oder das Aufnahmezimmer benutzt. Zur Ausstattung mit den nothwendigen Geräthen gehören Tische, Bänke und eine Wandtafel.

Von wissenschaftlichen Nebenräumen führte die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 85 und Beilage 26, A, Vorbemerkung 11, I b, II b; C) nur

die hygienisch-chemische Untersuchungsstation an. Diese hat mit der Krankenversorgung unmittelbar wenig zu thun, doch liegen der chemischen Abtheilung dieser Station die Arzneimitteluntersuchungen ob. Die Harnuntersuchungen führt (§ 10, 1 des Anhangs) in der Regel der dienstthuende Militärapothecker aus. Die betreffenden Zimmer sind nur in den Garnisonlazarethen am Sitze des Sanitätsamts vorgesehen (§ 27 der Beilage 11 zu § 42, 5), sie erhalten Dampfableitungsvorrichtung und Wasserleitung mit Ausguss. — Dunkelzimmer, die man mehrfach vermisst hat, finden sich in Deutschland nicht vorgeschrieben. In kleinen Garnisonlazarethen dürften sie bei Bedarf unschwer zu improvisiren sein und werden bei grösseren Neubauten auf Antrag ebenso bewilligt werden, wie andere neuerdings nothwendig gewordene Räume zu physikalisch-diagnostischen Zwecken (z. B. zur Untersuchung mit Röntgen-Strahlen), und ferner zur maschinellen medico-mechanischen Behandlung (Apparato-Therapie). — Büchersäle sind in Deutschland bei Militärkrankenhäusern zwar nicht vorgesehen, jedoch zur Unterbringung der Büchereien für die Kranken (§ 124) und die Sanitätsoffiziere vorhanden. Von wissenschaftlichen militärärztlichen Bibliotheken wird nach dem I. Nachtrage zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vom April 1896 (No. 41) je eine für den Corpsbezirk in der Regel im Garnisonlazareth am Sitze des Sanitätsamts errichtet.

i) Küche, Waschanstalt, Abfallbeseitigung.

Für Küche und Waschanstalt sieht die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 8 der Beilage 11 zu § 42, 5) bei Lazarethen für mehr als 250 Betten ein besonderes Wirthschaftsgebäude vor. Dieses umfasst eine Stube für die Köchin, das Wäschedepot, die Desinfectionsanstalt, eine Flickstube, die für den Wirthschaftsbetrieb erforderlichen Maschinen, den Dampfentwickler (der „nach Umständen auch für die elektrische Beleuchtung nutzbar zu machen“ ist), und die nöthigen Nebengelasse. Etwas Besonderes gegenüber den entsprechenden Einrichtungen in anderen Krankenanstalten macht sich in dieser Hinsicht bei dem Garnisonlazareth nicht erforderlich.

Dasselbe gilt von der Abfallbeseitigung, für welche ein thunlicher Anschluss an die örtlichen Einrichtungen erstrebt wird. Jedoch schliesst die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 19, 2 der Beilage 11) gemauerte Gruben zur Aufnahme der Latrinestoffe grundsätzlich aus. Das Nähere ergibt der Wortlaut der im letzten Abschnitte abgedruckten §§ 18 bis 20 der angezogenen Beilage. Noch vorhandene Gruben sind pneumatisch oder wenigstens desinficirt zu entleeren: als Geruch verbessernde Mittel werden (§ 3 der Beilage 34 zu § 140, 4) Eisenvitriol, Torfmüll, Holzkohlenpulver und Erde aufgeführt.

k) Hof, Garten, Einfriedigung.

Der Hof eines grösseren Militärlazareths diene bisweilen zur Einübung der als Krankenträger auszubildenden Mannschaften (was jedoch

durch den preussischen Kriegsministerial-Erlass vom 28. April 1869 untersagt wurde), und im Kriegsfall zur Verladung der in das Feld mitzunehmenden Sanitätswagen. Der Lazarethhof wird deshalb verhältnissmässig umfangreicher, als bei einer gleichgrossen Civilanstalt hergestellt. Da jedoch weite Hofräume, auch wenn sie gepflastert sind, durch Staubbildung und Blendlicht den Bewohnern anstossender Gebäude lästig fallen, so beschränkt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 41, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5) die Hofanlagen und namentlich gepflasterte Fahrwege auf das dringendste Bedürfniss. Alle nicht bebauten Flächen der Lazarethanlage sollen vielmehr parkartig eingerichtet werden, was übrigens die oben erwähnten Verwendungsweisen des Lazarethhofes keineswegs ausschliesst.

Dem Lazarethgarten wird in Deutschland durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§§ 142, 3; 174; § 38, 6 und § 41, 3 bis 7 der Beilage 11) mehr Aufmerksamkeit geschenkt, als dies meist bei Civilheilanstalten üblich ist. Er soll nicht nur den Kranken zur Erholung dienen, sondern auch der Lazarethanlage ein freundliches Aussehen gewähren. Die von Kunstgärtnern entworfenen Anlagen sind deshalb bestimmungsgemäss schon nach Feststellung eines Lazarethentwurfs bezw. beim Beginne des Neubaus zu bepflanzen, auch werden Hydranten zur Gartenbesprengung gewährt.

Der Garten des Militärlazareths selbst darf weder aus verfehlter Sparsamkeit zum Anbaue von Küchengewächsen ausgenützt werden, noch der Lazarethleitung als Privatgarten für die eigene Familie dienen. Ebenso wenig soll er einen Record der Kunstgärtnerei durch zarte Beetanlagen schaffen, deren Betreten man den Kranken aus Besorgniss vor Beschädigung verbietet. Vielmehr ist die Einrichtung vornehmlich darauf berechnet, Genesende und Leichtkranke zu einem dauernden Aufenthalte im Freien zu veranlassen. Hierzu haben sich in Deutschland einfache Spiele, insbesondere Kegel, als zweckentsprechend erwiesen. Ein Erlass (No. 401/2 M. A.) der Medicinal-Abtheilung des Preussischen Kriegsministerium vom 5. Februar 1895 bezeichnet das Ringspiel, Luftkegelspiegel, Boccia u. s. w. als geeignet. Ferner dürfen Ruhebänke nicht fehlen, und, wo die Bodengestaltung es gestattet, ist der gewöhnlichen Gartenmauer ein Gitter oder eine gesenkte Umfassungsmauer vorzuziehen, welche, ohne die Aussicht zu beschränken, ein Entweichen hindert.

Bezüglich der Einfriedigung enthält die Deutsche Garnison-Gebäudeordnung vom 19. December 1889 (1. Theil, § 39) das allgemein beachtenswerthe Verbot der „Vorrichtungen zum Zwecke der Verletzung beim unbefugten Uebersteigen.“ Derartige nicht selten bei Civilanstalten getroffene Vorkehrungen, wie spanische (friesische) Reiter, Selbstschüsse, Stacheldrahtzäune, Fussangeln, Glasscherbenbesatz gewähren erfahrungsgemäss gegen die Gewohnheitsverbrecher keinen Schutz und vermögen die erforderliche Bewachung nicht zu ersetzen.

l) Bad.

Während die Badeeinrichtung an sich bei Militär- und Civilkrankenhäusern nichts Abweichendes zeigt, haben alle grösseren Heere besondere Militär-Badeanstalten für Kranke, denen im Civil keine derartigen Einrichtungen entsprechen. In Deutschland selbst giebt es zur Zeit solche Anstalten zu Wiesbaden und Landeck, ferner sind zwei dergleichen für das Deutsche Heer zu Teplitz in Böhmen eingerichtet. Die näheren Bestimmungen über Kurzeit und Zulassung, Verpflegung u. s. w. enthält die Beilage 4 zu § 17, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Auch findet sich dort ein Verzeichniss von 27 anderweiten Badeorten, wo zur Aufnahme kranker Militärpersonen Fürsorge getroffen ist. An Stelle eines fehlenden Militärbades, wie ein solches beispielsweise Belgien im „Institut balnéaire de l'armée“ zu Ostende, die Oesterreichisch-Ungarische Monarchie zu Balaton-Füred und Cirkvenica besitzt, treten Kurvergünstigungen ein.

Oesterreich-Ungarn unterhält eine andauernd offene Militärbadeheilanstalt in der Filiale des Wiener Garnisonsspital No. 2 zu Baden, während andere derartige, nur in der Badezeit eröffnete Anstalten zu Carlsbad, Schönau bei Teplitz in Böhmen, Herkulesbad bei Mehadia, Hof-Gastein, Pystian, Teplitz bei Trentschin, Topusko in Croatien, Töplitz in Krain und im Blocksbad zu Budapest sich befinden. In den drei erstgenannten Orten findet eine spitalmässige Verpflegung der Officiere und Mannschaften statt.

Da mehrere Seemächte in ihren auswärtigen Ansiedlungen klimatische Militärkurorte eingerichtet haben, so schlug man solche auch für Deutschland vor. Bei dem Deutschen Landheere im Inlande kommt als klimatologisch zu behandelnde Krankheit vorwiegend die Lungenschwindsucht in Frage. Es verdient in dieser Hinsicht Beachtung, dass Deutschland mit seinem Südwestafrikanischen Gebiete ein an Warmquellen reiches Hochland erworben hat, das — soweit man aus den bisherigen Wahrnehmungen und aus dem Vergleiche mit dem ähnlich beschaffenen Transvaal (Emil Holub, No. 336 des 30. Jahrganges des „Neuen Wiener Tageblattes“ vom 6. December 1896) schliessen darf, — den zur Bekämpfung der Schwindsucht günstigsten Gegenden der Erde beigezählt werden muss. Ein Versuch in dieser Richtung könnte seitens des Landheeres zuvörderst für Officiere in nächster Zukunft vielleicht in Frage kommen (Reichs-Medicinal-Anzeiger, 1897, No. 16—18).

m) Irrenanstalt; Siechenhaus.

Für ein grösseres Irrenhaus liegt im Heere ebensowenig Bedürfniss vor, wie für ein Siechenhaus, da chronisch Kranke verabschiedet werden. Es handelt sich demnach bei der Irrenabtheilung eines Garnison-Lazareths nur um eine zeitweise Unterbringung Geisteskranker, die gegenüber den entsprechenden Einrichtungen anderer Krankenhäuser nichts Abweichendes bietet. Im Falle des Verdachts einer Krankheitsvor-

schützung schreibt die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 131, 1 c) zur Meidung von Fehlgriffen bei der Diagnose die Ueberführung in eine Irrenheilanstalt ebenso vor, wie dann, wenn der Zustand des Kranken gemeingefährlich erscheint oder die Besorgniss einer Beeinträchtigung des Heilverfahrens durch Verzögerung der Abgabe in eine solche Anstalt in Frage kommt.

Den Siechenanstalten des Civils entsprechen beim Heere die Invalidenhäuser. Solche besitzt Deutschland dermalen zu Berlin, Stolp, Carlshafen, Benediktbeuern und Comburg. Nach dem Gesetze betreffend die Pensionirung u. s. w. des Reichsheeres vom 27. Juni 1871 (§§ 64 u. 78) sollen vorzugsweise solche Unterofficiere und Soldaten aufgenommen werden, welche besonderer Pflege und Wartung bedürfen. Die Unterbringung hört grundsätzlich auf, sobald die Verhältnisse des Invaliden „ihn dazu nicht mehr geeignet erscheinen lassen“. Auch wird in Preussen ein Theil der Invaliden aus der Anstalt dauernd in die Heimath beurlaubt. Zur Aufnahme gelangen nur Ganzinvaliden mit Anspruch auf die Pension I. Klasse, vornehmlich Erblindete und Verstümmelte. Auch werden deren Familien aufgenommen; ferner vorzugsweise hülfsbedürftige Officiere. In Bezug auf die Verwaltungsangelegenheiten kommen nicht die für die Lazarethe, sondern die für die Truppen erlassenen Vorschriften im Allgemeinen zur Anwendung, auch ressortiren diese Anstalten nicht vom Sanitätsamte, sondern vom Generalkommando ihres Bezirks. Die Unterbringung geschieht casernenmässig; bei Aufnahme in die Lazarethverpflegung werden die Mannschaften der Invalidenanstalten wie die des activen Heeres behandelt.

Aehnlich wie in Deutschland sind die Oesterreichischen Invalidenhäuser zu Wien, Pettau, Prag (mit Zweiganstalten zu Brandeis, Podiebrad, Pardubitz) und zu Pest (mit Tyrnau, Leopoldstedt, Eibenschütz) eingerichtet. Sie sind für Realinvaliden bestimmt und verpflegen ebenfalls Familien.

Einen anderen Charakter tragen die lediglich für Männer bestimmten Französischen und Englischen Invalidenhäuser zu Paris (hôtel des invalides), London (Chelsea-Hospital), Dublin (royal hospital Kilmainham) u. s. w. — Russland besitzt Invalidencolonien für die Garde zu Gatschina und zu Zarskojè-Selo.

Die Invalidenanstalten zeigten als Zwitterwesen zwischen Casernen und Siechenhäusern fast nirgends befriedigende Ergebnisse und nur die hergebrachte Ueberlieferung bewahrte sie bisher vor der Aufhebung, obwohl sie seit Einführung der Pensionen nicht mehr ganz nothwendig erscheinen. Ein nordamerikanischer Bericht über diesen Gegenstand von T. W. Evans verwirft die Invalidenhäuser gänzlich. Martin Kirchner (Grundriss der Militär-Gesundheitspflege, Braunschweig 1896, Seite 920) hebt die Beschäftigung mit ländlichen Arbeiten bei dem Invalidenhaus der Holländisch-Ostindischen Truppen zu Brombeck bei Arnheim lobend hervor.

n) Geneshaus; Seuchenhaus.

Besondere Reconvallescentenwohnstuben fanden in Militärlazarethen wegen des dadurch entstehenden grösseren Zusammendrängens der Schwerkranken und aus anderen Gründen keinen allgemeinen Eingang. Dagegen bewährten sich Räume, wo Genesende tagsüber, soweit die Witterung den Aufenthalt im Freien verbietet, stundenweise verweilen. Es gestaltet sich dabei — abgesehen von dem günstigen Eindrücke des Aufenthaltwechsels auf den Genesenden oder Leichtkranken selbst — das Verhältniss des Luftraums für die zurückbleibenden Schwerkranken günstiger und die Ruhe des Krankenzimmers wird besser gewahrt, insbesondere wenn man die Mahlzeiten in den Genesräumen verabreicht. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 5, 4 der Beilage 11 zu § 42, 5) verlangt für je zwei Krankensäle bei zweistöckigen Pavillons „in der Regel“ einen „Tageraum“ als Aufenthalt für Kranke und Genesende, auch finden sich (§ 121, 4 und Absatz 3 der Vorbemerkungen zur Beilage 36) besonders auszustattende „Reconvallescentenstuben“ erwähnt.

Ebenso bewährten sich die neuerdings in Aufnahme kommenden, entfernt von dem Krankenhause als Zweiganstalten (Filiallazarethe) an geeigneten Stellen im freien Lande oder im Gebirge errichteten Geneshäuser, deren die Friedens-Sanitäts-Ordnung noch keine Erwähnung thut. Weder Ausstattung noch Verwaltung dieser Einrichtung bieten eine erwähnenswerthe Besonderheit; nur pflegt beim Heere die Auswahl der zur Uebergabe an das Geneshaus geeigneten Kranken nicht dieselben Schwierigkeiten zu bereiten, wie bei Civilkrankenhäusern, wo bisher oft ein guter Theil des Nutzens, den ein vorhandenes Geneshaus versprach, durch die Unthunlichkeit, geeignete Kranke zu dessen Benutzung zu bewegen, verloren ging.

Das Seuchenhaus soll als besonderes Seuchenlazareth nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 152, 4) stets beim epidemischen Auftreten der Cholera, der Pocken und des Flecktyphus errichtet werden. Es ist dabei die Verwendung von Baracken (Seite 265 dieses Bandes) in Erwägung zu nehmen, während die Unterbringung von Cholera-kranken in Zelten lediglich für den ersten Krankenzugang und nur insoweit, als Jahreszeit und Witterung es gestatten, auch geeignete Unterkunftsräume fehlen, in Betracht kommt. Jedenfalls bedarf es besonderer Vorkehrungen, damit der Zeltboden nicht mit Choleraentleerungen verunreinigt werde. — Die Lage des Seuchenlazareths soll selbstredend von der Kaserne abgesondert sein, doch darf insbesondere ein Choleralazareth nicht zu entfernt liegen, da nach den Erfahrungen der Hamburger Epidemie vom Jahre 1892 die Beförderung Cholera-kranker deren Sterblichkeit erheblich erhöht.

Grössere Seuchenlazarethe erhalten eigenen Wirthschaftsbetrieb, kleinere wenigstens eigene Badeanstalt und Waschküche, besonderen Desinfectionsraum und abgetrennte Leichenkammer. Die kommandirten Sanitätsofficiere legen einen besonderen Anzug an (vgl. auch Kranken-

kleidung, Seite 275 dieses Bandes). In sonstiger Hinsicht kommt bei militärischen Seuchenhäusern nicht nur die Krankenpflege, als auch die Gesundheitspflege in Frage, auch sind die entsprechenden Maassnahmen dieselben, wie in civilen Verhältnissen (vgl. Abschnitt I, 1 der II. Abtheilung des ersten Bandes, Seite 183 ff.).

Bisweilen verlegt man bei ausbrechenden Seuchen die gesunde Mannschaft einer inficirten Garnison in ein nahe gelegenes, leerstehendes Lager eines Schiessplatzes. Eine solche Maassnahme kann auch in Heeren mit Malariagarnisonen zur Erwägung kommen; falls ein Lager in der Nähe in einer wechselfieberfreien Gegend verfügbar ist.

o) Ortslazareth; Schiessplatzkrankenhaus.

Das früher Cantonnementslazareth genannte Ortslazareth wird nach der Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 21, 2) nur ausnahmsweise für die grossen Truppenübungen dort errichtet, wo keine Garnisonlazareth oder Civilkrankenhäuser zur Aufnahme der voraussichtlich zuwachsenden Schwerkranken verfügbar sind. Die Grösse berechnet sich auf etwa 1 pCt. der Truppenstärke. Sind öffentliche Gebäude nicht verfügbar, so sollen Privatgebäude ermiethet werden (§ 46, 3), sonst kommen Zelte und transportable Baracken (siehe Seite 265 dieses Bandes), im äussersten Falle die Noth- oder Zeltbaracke der Kriegs-Sanitäts-Ordnung in Frage. Die Ausstattung (§ 175, 5) geschieht leihweise mit Gegenständen aus Garnisonlazarethen, den Festungslazarethdepots (Seite 265 dieses Bandes) oder aus den Beständen der Corpsintendantur. Ankauf findet nur ausnahmsweise statt. —

Wiederholt schlug man vor, an Stelle der Ortslazareth bei den grossen Truppenübungen Feldlazareth zu verwenden. Da jedoch in Deutschland für letztere keine Friedensstämme vorhanden sind, so würden durch eine solche Maassnahme unverhältnissmässig hohe Kosten veranlasst. Für die Kranken erwüchse dabei kein nennenswerther Vortheil gegenüber den bisherigen Verfahren, und der Nutzen für die kriegsmässige Ausbildung der Sanitätstruppe erscheint bei der Menge der im Mobilmachungsfalle aufzustellenden Feldlazareth und der bei beschränkter Zahl der nöthigen Ortslazareth verschwindend gering.

Auf den Artillerieschiessplätzen gestattet die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 47) nur Barackenlazareth, die aber den Anforderungen an Garnisonlazareth entsprechen müssen, da sie wiederholt und für längere Zeit, selbst bis in die ungünstige Jahreszeit hinein, mit Kranken belegbar eingerichtet werden sollen. Bei dem hohen Bodenwerthe der besseren Ländereien sucht man in allen Staaten für die Schiessplätze und die Friedenslager vorwiegend solche ebene Gelände aus, welche wegen Trockenheit oder Eisengehalt des Bodens oder aus sonstigem Grunde unfruchtbar oder nur mit minderwerthigem Walde bewachsen sind. Es fehlt deshalb in der Nähe des Schiessplatzes meist eine grössere Garnison, in die man Kranke oder Verletzte bequem abgeben kann. Die Schiesszeit dauert in Deutschland vom Mai bis August, auch werden

die Schiessplätze seit Einführung des weit tragenden Gewehres in der Regel von der Infanterie mit benutzt. Es erscheint deshalb sehr wahrscheinlich, dass das Schiessplatzlazareth, welches insbesondere auch für die Unterbringung schwerer chirurgischer Fälle ausgestattet werden muss, gänzlich nach Art der stabilen Lazarethe eingerichtet werden und ein für jede Schiessperiode ständiges ärztliches und pflegerisches Personal erhalten wird. Damit fällt der für die Krankenpflege nicht sehr günstige Wechsel aller Aerzte und Wärter hinweg, der sonst bei dem Eintreffen jedes neuen Truppentheils auf dem Schiessplatze eintritt und sich im Laufe des Sommers bisweilen öfter wiederholt.

p) Festungslazareth.

Heilmittel- und Gerätevorräthe der Festungskrankenhäuser sind in den Sanitätsbestimmungen der Heere eingehend vorgesehen und auch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 105; 115, 3; 185, 3; 189, 3; 273, 4 und Beilage 65; 280; 301, 2; 310) enthält darüber Vorschriften. Diese betreffen aber vorwiegend Verwaltungssachen. Ueber den Bau u. s. w. solcher Lazarethe findet sich nur erwähnt (§ 43, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5), dass hinsichtlich der feuer- bzw. bombensicheren Einrichtung in jedem Falle besondere Bestimmungen getroffen werden, und (ebenda § 1,5), dass in Festungen die allgemein vorgeschriebenen Durchschnittsgrößen des Bauplatzes nicht immer eingehalten werden können.

Die Festungslazarethe waren entweder in gegenüber den damaligen Belagerungsgeschützen an sich schussicheren Räumen untergebracht oder wenigstens mit starken Balken oder festen Gewölben versehen, auf die man im Belagerungsfalle Erde oder Sand aufschüttete und so eine Bombensicherheit erzielte, „ohne das Lazareth“, wie § 59 der Beilage F des Reglements für die Preussischen Friedenslazarethe vom 5. Juli 1852 vorschrieb, „räumen zu müssen“.

Die Vervollkommnung der neueren Geschütze stellt die Schussicherheit solcher Baulichkeiten in Frage und verlangt fest gewölbte, auch seitlich mit Erdanschüttung versehene, fast fensterlose Räume. In diesen lässt sich der nöthige Luftraum von 37 cbm für jedes Bett, welchen die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 13, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5) vorschreibt, nur mit erheblichen Kosten und ausnahmsweise beschaffen. Ebensowenig kann man in derartigen Kellerräumen hinreichende Lüftung und Erwärmung erzielen. Sie dienen daher nur zur vorübergehenden oder nothgedrungenen Krankenunterbringung, während das Festungslazareth selbst im Sinne des Genfer Vertrages vom 22. August 1864 nebst Zusatzartikeln vom 20. October 1868 (worin aber leider derartiger Lazarethe keine Erwähnung geschieht), unbefestigt, wie ein gewöhnliches Krankenhaus, erbaut wird. Es bedarf, um als solches der feindlichen Artillerie kenntlich zu sein, einer freien, womöglich erhöhten Lage. Als (eigentlich selbstverständliche) Forderung der Gesundheitspflege erscheint es, dass vorhandene bombensichere Lazarethräume im Frieden nicht zur Unterbringung von Kranken zu benutzen sind.

q) Krankenkost.

Die Eigenthümlichkeit der Heeresverwaltung macht für alle Garnison-lazarethe die Schematisirung der Beköstigung für die Kranken erforderlich. Um aber gleichzeitig der wünschenswerthen Mannigfaltigkeit der Ernährung, insbesondere der Genesenden und der Kranken mit äusseren Leiden, Rechnung zu tragen, werden umfangreiche Bestimmungen nöthig, wie aus der am Ende der Arbeit abgedruckten Beilage 14 zu § 84, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung zu ersehen ist. Aus diesen Tabellen und den „Erläuterungen zu den Beköstigungsvorschriften“ ergibt sich, dass in Deutschland die Krankenkost des Heeres zur Zeit in Bezug auf Menge und Abwechslung nicht nur den Anforderungen der Krankenpflege vollkommen genügt, sondern auch den örtlichen Gewohnheiten, religiösen Vorschriften und eigenartigen Verhältnissen Rechnung zu tragen sucht. Um Willkürlichkeiten der Verwaltung zu begegnen, sind die Stunden der gewöhnlichen Mahlzeiten festgesetzt, während die Zeit der aussergewöhnlichen Beköstigung dem Chefarzte überlassen bleibt (§ 203, 3).

Ein Zusammenstellen des Nährwerthes hat, falls sie nicht die erheblich zahlreichen Einzelheiten sämtlich berücksichtigt, wenig Zweck. Im Allgemeinen entspricht die militärische Krankenkost auch in dieser Hinsicht den an die Krankendiät dormalen gestellten Anforderungen (vergleiche Abschnitt III des ersten Bandes. Wie Immanuel Munk im Handbuch der Hygiene von Weyl hervorhebt, besitzt die theoretische Nährwerthbestimmung Fehlerquellen, insofern Nährwerthtabellen nur aus dem Speiseregulative und aus dem summarischen Verbrauche von Rohstoffen berechnet werden. Ausserdem ist die physiologische Chemie noch keineswegs soweit, allenthalben den Werth eines Nahrungsmittels für die Ernährung auf Grund der Analyse und des Thierversuchs ziffermässig genau bestimmen zu können. Hierzu kommen individuelle Einflüsse und bei manchen Völkern auch die geistlichen Vorschriften. Letztere berücksichtigt u. A. ein im letzten Abschnitt dieses Bandes auszugsweise wiedergegebener Runderlass des deutschen Gouverneurs von Dar-es-Salam über das dortige Sewa Hadji-Hospital, vom 2. Januar 1897, bezüglich der Juden, Araber, Goanesen u. s. w. (Deutsches Kolonialblatt, 1897. No. 6).

Die Krankenkostvorschriften fremder Heere sind meist complicirter, als die deutschen Bestimmungen. So macht Russland neben den drei Hauptdiätformen (mit mehreren Unterarten) einen Unterschied zwischen Fleisch- und Fasten-Speisen, Frankreich hat sieben, England sogar neun Beköstigungsweisen.

r) Krankenkleidung.

Da in allen geordneten Heeren die Kleidung der Soldaten geliefert wird, so beschafft auch die militärische Krankenhausverwaltung den gesamten Anzug der zur kostenfreien Aufnahme Berechtigten. In den

meisten Ländern werden dem Kranken die bei seiner Einlieferung mitgebrachten Kleider abgenommen und der Reinigung unterworfen. Der dafür gelieferte Lazarethanzug ist in den verschiedenen Staaten nach Klima und Jahreszeit verschieden, auch trägt er dem volksthümlichen Bedürfnisse hie und da Rechnung, wie beispielsweise die französische Nachtmütze. Die Deutsche Krankenkleidung wird aus dem im letzten Abschnitte dieser Abtheilung abgedruckten Wäsche- und Kleidungsstücke-Verzeichnisse (A, 1 bis 31) aus der Beilage 36 zu § 175, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich. Von den einzelnen Ausrüstungsstücken beschreibt letztere nur den Pantoffel (Beilage 37, A 2); die übrigen finden sich in der auszugsweise wiedergegebenen Beilage 4 zur „Dienstanweisung für die Corps-Bekleidungsämter“ näher beschrieben. Die Berechnung des Bedarfs an Wäsche, die Beschaffungs- und Behandlungsweise, die Reinigung der Krankenwäsche bietet ebensowenig, wie der Anzug der Wärter und Aerzte Besonderheiten gegenüber den Verhältnissen in grösseren Civilkrankenhäusern (Abschnitt III des ersten Bandes). Dasselbe gilt von den allgemeinen gesundheitlichen Anforderungen, wie Bequemlichkeit, genügenden Schutz vor Erkältung, heller Farbe.

s) Leitung.

Betreffs der Leitung unterscheidet sich das militärische Krankenhaus von der Mehrzahl der Civilkrankenanstalten dadurch, dass es unter dem Befehle eines Arztes steht. In Deutschland wurde dies durch die weiter unten wiedergegebenen „Bestimmungen, betreffend die Einführung von Chefärzten in die Friedenslazarethe“ seit 24. October 1872 angeordnet. Die Bedenken, welche man gegen eine solche Einrichtung geltend machte, bestanden hauptsächlich in der Befürchtung, dass der Arzt entweder einerseits nicht das nöthige Verständniss und den erforderlichen Eifer für die Aufgabe und die anhaltende Durchführung der Verwaltung zeigen oder andernfalls durch letztere vom wissenschaftlichen Streben abgelenkt und in seinen ärztlichen Leistungen beeinträchtigt werden möchte. So hob C. H. Esse hervor, dass tüchtige Aerzte nur äusserst selten brauchbare Verwaltungsbeamte seien. Die in dem seither verflossenen Vierteljahrhundert gemachten Erfahrungen erwiesen die Befürchtungen in Deutschland als unbegründet. Wenn in anderen Staaten sich ähnliche Maassnahmen wenig bewährten und beispielsweise in Spanien die Chefärzte als Verwaltungsleiter wieder abgeschafft worden sind, so erklärt sich dies daraus, dass zwei Bedingungen zum Gedeihen einer solchen Einrichtung erfüllt sein müssen, nämlich erstens das Vorhandensein eines zuverlässigen Unterpersonals der Verwaltung und zweitens eine entsprechende Ausbildung des Arztes selbst. Letztere erfolgt in Deutschland hauptsächlich durch den der Einstellung als Militärarzt ausnahmslos vorhergehenden, mindestens halbjährigen Waffendienst und durch die vor der Ernennung zum Sanitätsoffizier stattfindende Unterweisung. Ein Erlass (No. 675/4, 95 M. A.) der Medicinalabtheilung des

Preussischen Kriegsministeriums verfügt ausserdem eine besondere Ausbildung jüngerer Sanitätsoffiziere zur Leitung eines Garnisonlazareths. — Jedoch bereits unmittelbar nach Einführung der Chefärzte im Jahre 1872, wo eine derartige Vorbildung noch nicht vorhanden war (der Waffendienst der Aerzte wurde in Deutschland erst nachträglich durch die Verordnung über die Organisation des Sanitätscorps vom 6. Februar 1873 eingeführt), zeigte sich die ärztliche Lazarethleitung erheblich besser, als die frühere commissarische mit einem militärischen Mitgliede oder einem Lazarethcommandanten. Um letztere, für tüchtige und strebsame Offiziere aussichtslosen Stellen fand in der Regel keine freiwillige Bewerbung statt. Dieser Umstand und die Unzweckmässigkeit einer commissarischen Befehlsführung im Heere lässt die commissarische bezw. militärische Krankenanstaltsleitung fast ebenso unräthlich erscheinen, wie die in manchen Staaten durchgeführte Unterstellung der Friedens-Militärlazareth unter die Verwaltung. Letztere führte dort, wo sie durchgeführt war, zu Klagen, insbesondere hinsichtlich der gesundheitlichen Verhältnisse. I. C. Chenu führt davon aus Erfahrungen im Französischen Heere beachtenswerthe Beispiele an. Dort hatten die Aerzte zwar volle Freiheit in der Krankenbehandlung, sie durften aber weder die Belegzahl der Zimmer, noch sonstige von der Verwaltung getroffene, die gesundheitlichen Verhältnisse betreffende Anordnungen beeinflussen.

Die Obliegenheiten des Chefarztes bestimmt für Deutschland der im § 59 der Friedens-Sanitäts-Ordnung. Die bis 1872 zur Leitung der Preussischen Garnisonlazareth eingesetzten Lazarethcommissionen bestehen seitdem in Deutschland nur in solchen Garnisonen weiter, wohin kein activer, beurlaubter oder reactivirter Sanitätsoffizier als Chefarzt berufen werden kann.

Zur gedeihlichen Wirksamkeit des Chefarztes eines grösseren Krankenhauses erscheint die Befreiung vom Stationsdienste eines ordinirenden Arztes unerlässlich. An der Vernachlässigung dieses Umstandes scheiterte die ärztliche Leitung mancher Civillazareth und Irrenanstalten. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung bestimmt deshalb (§ 74, 3), dass in der Regel der Chefarzt eines Lazareths von 100 oder mehr Kranken keine Station übernehme. Er ist (§ 57, 1) möglichst lange in seiner Stellung zu belassen.

t) Verwaltung.

Der in allen grösseren Staaten aus nahe liegenden Gründen bis ins Einzelne geregelte Verwaltungsbetrieb der militärischen Friedenslazareth hat für nicht fachmännische Kreise wenig Bedeutung. Eine ins Einzelne gehende Darstellung würde ohne gleichzeitige Schilderung der allgemeinen Organisation der Heerverwaltung theilweise unverständlich bleiben. Neben der eigenen Verwaltung hat das Garnisonlazareth noch diejenige der bei ihm niedergelegten Friedens- und Kriegsbestände, deren Aufsicht ebenso, wie das in Deutschland nach den Grundsätzen der doppelten Buchführung eingerichtete Rechnungswesen hierzu ausgebildete Beamte

und Hilfskräfte erfordert, deren Stellung und Einkommensverhältnisse der 5. und 6. Abschnitt des Anhanges zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vorschreiben. Der Chefarzt ist genöthigt, sich mit dem Verwaltungsbetrieb vertraut zu machen, nicht nur, um sich den für eine gedeihliche Krankenversorgung und für den gesundheitlichen Zustand des gesammten Krankenhauses erforderlichen sachlichen Einfluss zu sichern, sondern auch, weil der Lazarethleiter als Kassenvorstand für etwaige Fehlbeträge oder Hinterziehungen, wie die in ähnlichen Stellungen befindlichen Officiere, mit seinem Vermögen haftet.

Von der Verwaltung der Civilheilanstalten unterscheidet sich die der Militärlazarethe durch einen gewissen Ueberfluss an Arbeitskräften. Dieser wird dadurch bedingt, dass alle Einrichtungen eines auf die allgemeine Wehrpflicht begründeten Heeres neben ihrer Aufgabe im Frieden gleichzeitig als Schule für den Krieg dienen. Es hilft dies über manche Schwierigkeiten hinweg, mit denen civile Krankenanstalten zu kämpfen haben.

Die Verwaltung zerfällt in die Vertheilung des ärztlichen Dienstes, die Krankenwartung, die sogenannte Oekonomie (Beschaffung des täglichen Bedarfes und Betrieb von Küche, Wäscherei, Heizung, Beleuchtung, die Besorgung der Apotheke, die Buch- und Listen-Führung. Die Einzelheiten dieser Verwaltungszweige unterscheiden sich nicht wesentlich von den entsprechenden in Civilanstalten. Eigenthümlich ist dem Deutschen Militärlazarethe das Verhältniss des Wartepersonals, das aus Lazareth-Gehilfen, Militär-Krankenwärtern, Hülfswärtern, Civil-Krankenwärtern, Ordensschwestern und freiwilligen Pflegerinnen besteht. In einzelnen Staaten ist eine Sanitäts-Truppe vorhanden, die unmittelbar ausgehoben, gleichmässig unterwiesen und von einer einzigen Stelle aus verwandt wird, wie dies früher auch in Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden sich bewährte.

Die Heranziehung weiblicher Kräfte für die Krankenwartung, die Besorgung der Wäsche und Küche, und die Annahme von Civilarbeitern als Hausknechte zu allerlei niederen Dienstleistungen ist für viele Verhältnisse sehr erwünscht. Zur Sicherung von Köchen für die Feldlazarethe sind besondere Maassnahmen in den Friedenslazarethen erforderlich.

Zur Aufrechterhaltung der in einem Militärlazarethe nöthigen Ordnung besitzt der Chefarzt Strafgewalt, deren Begrenzung in Deutschland entsprechend der Verschiedenheit des unterstellten Personals mannigfach ist, und die sich im Frieden nicht auf die Kranken erstreckt. Letztere Einschränkung wurde mehrfach bemängelt, bewährte sich aber, und erscheint aus nahe liegenden Gründen zweckmässiger, als wenn beispielsweise die in Spanien zum Ausgleich angenommenen Enthebung des Chefarztes von der Verwaltung statt hätte.

u) Aufsicht.

Die Garnisonlazarethe unterliegen, wie alle militärischen Anstalten, der Aufsicht durch die örtlichen militärischen Vorgesetzten, insbesondere die Commandantur. In Deutschland giebt bezüglich der Gebäude die Garnison-Bau-Ordnung einschlägige Vorschriften; etwaige Uebelstände kommen, soweit sie nicht eine besondere Meldung erheischen, in dem jährlichen Garnisonberichte des Lazareths (§ 169, 2 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) zur Sprache. Die unmittelbar dem Chefärzte vorgesetzten Militärärzte üben keinen Einfluss auf die Lazarethverwaltung aus, sondern berichten lediglich über Wahrnehmungen betreffs des Krankendienstes an das Sanitätsamt. Seitens des letzteren wird das Lazareth ebenso, wie Seitens der Intendantur, alljährlich besichtigt. Ressortmässige Revisionen finden ferner hinsichtlich der Apotheke alle zwei Jahre, ferner hinsichtlich der Kassenführung, des baulichen Zustandes u. s. w. statt. An den Besichtigungen darf sich der Kommandant (Garnisonälteste) theiligen, auch sind diesem die betreffenden Verhandlungen zur Einsicht vorzulegen. — Die Centralbehörde für sämtliche Garnisonlazarethe bildet nach § 48 der Friedens-Sanitäts-Ordnung das Kriegsministerium, insbesondere dessen Medicinal-Abtheilung, während im Verbande des Armeekorps (§ 50, 1) das Sanitätsamt und die Corps-Intendantur die Provinzial-Behörden des Garnisonlazareths hinsichtlich der Verwaltung sind.

v) Bau-Entwurf.

Der Bau-Entwurf des Militärlazareths unterscheidet sich bezüglich der Berücksichtigung der gesundheitlichen Forderungen nicht von dem einer civilen Heilanstalt. Nur hat er meist weniger gegen die stilistischen Ansichten des Baukünstlers anzukämpfen, die häufig im Widerstreite mit den ärztlichen Anforderungen an ein Krankenhaus stehen. Einem einseitigen Schematismus beugt die Deutsche Friedens-Sanitäts-Ordnung durch § 42, 5 und dadurch vor, dass sie in der zugehörigen Beilage 11 nur „Allgemeine Grundsätze für den Neubau“, keineswegs aber, wie in Beilage 11 a bezüglich der Baracken, fertige Entwürfe giebt. Bezüglich der Einzelheiten des militärischen Lazarethbauprogramms kann hier auf das Fachschrifthum verwiesen werden. Helbig stellte Bauprogramme für Militär-Hospitäler von 25, 250 und 2500 Betten vergleichsweise zusammen. Für Entwürfe kleinerer Militärlazarethe bietet das „Posthospital“ der Vereinigte-Staaten-Armee (Circular No. 2, Approved plans and specifications etc. vom 27. Juli 1871) ein noch heute beachtenswerthes Vorbild.

F. Krankenberichte.

Zur Aufsicht über die Geldverrechnung und zur Erlangung einer Uebersicht über die Krankenbewegung sind in allen Heeren an festge-

setzten Tagen einlaufende Krankenberichte nach bestimmtem Vordrucke eingeführt, abgesehen von den bei einzelnen Unfällen, oder bei Massenerkrankung nöthigen Meldungen. Für Sanitätszwecke handelt es sich dabei um genaue Aufzeichnung und Feststellung der Krankheiten und Todesursachen durch die Truppenärzte und Krankenhäuser nach einer möglichst gleichartigen Berechnungsweise, sowie um die Zusammenfassung, Sichtung und Verwerthung des so erhaltenen Stoffes. Letztere erfolgt zunächst für Verwaltungszwecke im weiteren Sinne einschliesslich der zu ergreifenden gesundheitlichen Maassnahmen. Rein wissenschaftliche Zwecke und die Veröffentlichung der Ergebnisse kommen beim Heere erst in zweiter Reihe in Frage. — In Deutschland ist die ärztliche Berichterstattung im Frieden von der für den Krieg wesentlich verschieden, so dass beide nur wenig Gemeinsames haben. Ueber erstere giebt die seit dem Erlasse der Friedens-Sanitäts-Ordnung mehrfach abgeänderte: „Anweisung zur regelmässigen, ärztlichen Rapport- und Berichterstattung“ als Beilage 10 zu § 33, 1 eingehende Vorschriften. Die Einzelheiten haben ausserhalb der engeren Fachkreise keine allgemeine Wichtigkeit.

Es sei daher in Kürze nur Folgendes bemerkt. Die grundlegende Berichterstattung erfolgt monatlich, die Erkrankungen werden in vierzehn Gruppen (1. allgemeine, 2. Nerven, 3. Athmungsorgane, 4. Kreislauf, 5. Ernährungsorgane, 6. Harn- und Geschlechtsorgane, 7. Venerie, 8. Augen, 9. Ohren, 10. äussere Bedeckungen, 11. Bewegungsorgane, 12. Verletzungen, 13. Sonstiges, 14. zur Beobachtung) zusammengefasst.

Die monatlichen Krankenberichte werden in einem Jahreskrankenrapport nach demselben Schema zusammengestellt. Da dieser für die einzelnen Truppentheile von geringerem Werth ist und erhebliche Schreiarbeit veranlasst, so regte man wohl mit Recht an, die Jahreszusammenstellungen nur bei den Lazarethen und an höheren Stellen vorzunehmen. Die Jahreskrankenberichte in Deutschland erstreckten sich nicht auf das Kalenderjahr, sondern auf das Etatsjahr vom 1. April bis 31. März, was Vergleiche mit den entsprechenden Berichten anderer Heere erschwert, beziehungsweise ausschliesst. Seit 1. October 1896 wurde für die ärztlichen Berichte an Stelle des Etatsjahrs ein „Rapportjahr“ vom 1. October bis 30. September (vergl. unten S. 287 und 288) eingeführt.

Ausser den erwähnten Krankenberichten laufen für das Sanitätsamt, das Commando und die Verwaltung tägliche bzw. zehntägige Berichte (Beilage 24 zu § 91, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) ein, auch fertigen die Lazarethe mit Stationsbehandlung nach den Krankenlisten (Beilage 22 zu § 89, 4) je einen Jahresbericht über jede einzelne Station aus.

Die Unterlagen für diese regelmässige Berichterstattung bilden die bei den Truppen und in den Lazarethen nach vorgeschriebenen Mustern geführten Krankenlisten, ferner die Zählkarten für Invalide und das über jeden Lazarethkranken nach dem Vordrucke in Beilage 23 zu

§ 90, 1 der Friedens-Sanitäts-Ordnung angelegte Krankenblatt. Der Inhalt des letzteren darf mit Genehmigung des Sanitätsamts bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen, jedoch nur unter Weglassung des Namens des Erkrankten, benutzt werden. Die bei Bedarf anzufertigende Fiebertafel (Anlage zu der angezogenen Beilage 23) unterscheidet sich kaum von den in klinischen Civilkrankenhäusern benutzten Temperatortabellen.

Die Krankenberichterstattung des Friedensheeres soll, wie jede Heereseinrichtung, der Vorbereitung auf den Kriegsfall dienen. Die sich hieraus an die Berichte im Frieden ergebende Anforderung, den Uebergang zu den selbstverständlich einfacheren Kriegs-Medicinalberichten zu erleichtern, werden im Abschnitte V, 1b dieses Bandes näher dargestellt.

6. Statistik.

Die Militär-Medicinal-Statistik soll auf Grund der durch die ärztliche Berichterstattung und durch die Aushebungslisten vermittelten Thatsachen nicht nur die Gesundheitsverhältnisse des Heeres, sondern auch die Wirksamkeit der für die Krankenversorgung bestehenden Einrichtungen zum ziffermässigen Ausdrucke bringen. Beiderlei Aufgaben fallen im Wesentlichen zusammen; insbesondere lässt sich die Krankheitsstatistik eines durch die allgemeine Wehrpflicht ergänzten Heeres nicht wohl von der Aushebungsstatistik abtrennen und erhält, wie jede Statistik überhaupt, ihren Hauptwerth erst durch Vergleiche mit den Ergebnissen der Erhebungen in andern Ländern. So wünschenswerth hiernach eine internationale Statistik der Militärtauglichkeit auch bezüglich des Krankenwesens erscheint, so scheiterte diese bisher an denselben Bedenken, welche man gegen die Veröffentlichung von Landkarten, die dem Feinde bei einem kriegerischen Einfälle Vorschub leisten, vor einigen Jahrhunderten in allen Staaten hegte. Allerdings kann ein feindlicher Staat der Militärmedicinalstatistik des Gegners wichtige Lehren entnehmen. Wie man aber seit langer Zeit das Verbot der kartographischen Veröffentlichung auf das enge Gebiet der befestigten Plätze beschränkte, so dürfte auch die Scheu vor einer internationalen Aushebungsstatistik bald überwunden sein.

Die Militärmedicinalstatistik hat besondere Wichtigkeit durch den Umstand, dass im Civil Ziffernwerthe nur bezüglich der Mortalität, der Unfälle und Seuchen, nicht aber bezüglich der allgemeinen Morbidität gewonnen werden können, während in allen geordneten Heeren sich die Zahl fast sämmtlicher zu ärztlicher Kenntniss gelangten Erkrankungen ermitteln lässt. In Deutschland ermöglichte das Krankenversicherungsgesetz wenigstens für einen grossen Theil der Civilbevölkerung die Mehrzahl auch der leichteren Erkrankungen zu beziffern. — Es sind jedoch selbst beim Heere die Erkrankungsziffern nur mit Vorsicht zu verwenden; sie gestatten ohne Weiteres keinen Vergleich der Erkrankungs-

häufigkeit verschiedener Länder. So hat beispielsweise Deutschland hohe Erkrankungswerthe, die mit den geringen Sterblichkeitszahlen im Widerspruch stehen. Es sind nämlich Lazareth- und Revierkranke zusammengefasst. Scheidet man beiderlei Kranke, so hängt das Verhältniss vom Revier und Lazareth wesentlich davon ab, ob Revierkrankenstuben bestehen und in welchem Umfange sie ausgenützt werden. Für die Jahre 1873 bis 1882 erhöhten sich nach Düms die allgemeinen Erkrankungszißern in Deutschland durch das Hinzurechnen der Schonungskranken ohne nähere Angabe ihrer Krankheit. —

Bei einem Vergleiche der Erkrankungs- und Sterbeziffer kommt ferner der Umfang der Berichterstattung in Betracht. In Deutschland erstreckt sich diese nur im Kriege auf das ganze Heer, während im Frieden lediglich über sämmtliche active Mannschaften und Unterofficiere, einschliesslich der nicht zur kostenfreien Krankenpflege berechtigten einjährig Freiwilligen, nicht aber über Familienmitglieder, auch wenn sie in der Kaserne wohnen, über Officiere, Beamte u. s. w. berichtet wird. Auch der Umstand, dass bis 1896 über die zu Uebungen einberufenen zahlreichen Leute des Beurlaubtenstandes keine besondere Rapporterstellung (nach der 4. Bemerkung in Beilage 10 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) erfolgte, bedarf der Berücksichtigung.

Wenig vergleichbar erscheint die Häufigkeit der Entlassungen wegen Invalidität und Dienstunbrauchbarkeit, die beispielsweise nach E. Antony's, von Villaret (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, 1896, No. 3, Seite 97) bestrittener Berechnung (*l'état sanitaire des armées; Archives de médecine etc. militaires; Paris, August 1895*) im vorigen Jahrzehnt in Deutschland das Zehnfache, in Frankreich und England nur das Dreifache der Sterblichkeit betrug. Diese Entlassungen werden in den einzelnen Ländern durch die darüber bestehenden Bestimmungen einerseits und andererseits durch die Art der Heeresergänzung derart beeinflusst, dass ein einfacher Vergleich nicht ohne Weiteres statthaft erscheint.

Die Sterblichkeitszißern verschiedener Heere und Zeiten gestatten zwar eher eine vergleichende Gegenüberstellung, doch auch diesen Werthen haften wesentliche Fehlerquellen an. So wird beispielsweise die Zahl der Todesfälle an chronischen Krankheiten bei einem Heere mit kurzer Dienstzeit von aufmerksamen Aerzten durch sorgsame Untersuchung vor der Einstellung und rechtzeitige Verabschiedung bei Erkrankung fast zum Verschwinden gebracht und dadurch die allgemeine Sterblichkeitsziffer wesentlich herabgedrückt.

Zum richtigen Verständnisse der Heeressanitätsstatistik gehört das Vertrautsein mit der allgemeinen Militärstatistik. Letzteres wird durch den in den einzelnen Ländern verschiedenen Umfang allgemein geläufiger Begriffe, wie Artillerie, schwere Cavallerie, Combattanten, Kopfstärke und dergl. erschwert; manche oft gebrauchte Wörter haben sogar in einem und demselben Lande schwankende Bedeutung. So ge-

lang es beispielsweise in Deutschland nicht einmal in den Reichsgesetzen den Begriff „stehendes Heer“ als technische Bezeichnung im gleichen Sinne einzuhalten. — Noch schwieriger macht sich die Begriffsbezeichnung bei den Sanitätseinrichtungen. Der Genfer Vertrag vom 22. August 1864 gebrauchte beispielsweise für die Feldkrankenanstalten Ausdrücke, deren Erklärung durch einige der Zusatzartikel vom 20. October 1868 ohne hinreichenden Erfolg angestrebt wurde. Die musterhaft klare Friedens-Sanitäts-Ordnung bezeichnet hin und wieder das Feld- und Kriegslazareth so, dass es zweifelhaft bleibt, welches von beiden gemeint und ob Sanitätsdetachment, Festungslazareth und dergl. inbegriffen sei. Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung benennt die Theile der Sanitätsdetachements (Sectionen), den Sammelplatz der Leichtverwundeten u. s. w. anders, als die Felddienstordnung. — Selbst die anscheinend so einfache, für die Normalkrankenzahl der Lazarethe erforderliche „Garnisonstärke“ bedurfte als „etatsmässige Garnisonkopfstärke“ erst kürzlich (im Nachtrage I vom April 1896 zur Friedens-Sanitäts-Ordnung, No. 28) einer Erläuterung. — Auch bei Berücksichtigung dieser Begriffschwankungen entbehren sogar die aus besten Quellen stammenden Zifferwerthe bisweilen der Zuverlässigkeit. So fand beispielsweise Engel (Zeitschrift des preussischen statistischen Bureaus, 5. Jahrgang, Berlin 1865, No. 8 und 9) einen Unterschied von 400 Verstorbenen während eines einzigen Jahres in den Stärkerapporten und in den Medicinalrapporten des preussischen Heeres. Es mahnt dies insbesondere beim Vergleiche älterer oder fremdländischer statistischer Angaben zu Vorsicht.

Für die Erlangung vergleichbarer statistischer Werthe waren die Beschlüsse der sechs internationalen statistischen Congresses aus den Jahren 1853 bis 1876 von Bedeutung. Nach dem Aufhören dieser Congresses wurde eine vergleichsfähige Medicinalstatistik der Friedens- und Kriegsheere zwar hin und wieder als frommer Wunsch laut, jedoch erst auf dem X. internationalen medicinischen Congress zu Berlin 1890 gewann diese Frage durch John S. Billings festere Gestalt, indem ein aus je einem Vertreter der Vereinigten Staaten von Nordamerika, Deutschlands, Englands und Frankreichs bestehender Ausschuss zur Herbeiführung einer Heeressanitätsstatistik als Gegenstand internationaler Vereinbarung zusammentrat. Auf den Congressen zu Rom im April 1894 und zu Budapest im September desselben Jahres kam sodann eine Vereinbarung zu Stande, wonach in jedem Heere ein gegenseitig auszutauschender, auch die Aushebungsergebnisse berücksichtigender Sanitätsbericht in der bisherigen oder in beliebig anderer Weise alljährlich veröffentlicht werden soll. Diesem Berichte wird als „Anhang“ eine das Solarjahr betreffende gleichförmige nosologische Tabelle über 27 Krankheitsarten in 6 Krankheitsabtheilungen zugefügt. An diesen Beschlüssen waren folgende 11 Staaten betheilt: Bayern, Belgien, Dänemark, *England*, Frankreich, *Italien*, *Oesterreich-Ungarn*, Preussen, *Russland*, Sachsen und die *Vereinigten Staaten von Nordamerika*, hinzugezogen wurden später noch neun: Bulgarien, *Holland*, Norwegen, Portugal,

Rumänien, Schweden, die Schweiz, Serbien und Spanien. Bis Anfang 1898 gaben aber nur die vorstehend *cursiv* gedruckten sechs Staaten den beregten Anhang heraus und zwar auch diese nicht sämtlich gleichmässig. Eine grundsätzliche Ablehnung erfolgte nur seitens Frankreichs hinsichtlich der Aushebungsstatistik. — Ueber den auf dem XII. internationalen medicinischen Congresse zu Moskau 1897 gemachten Versuch, die Angelegenheit durch Ausgleich der Differenzen und Heranziehung der rückständigen Staaten zu fördern, liegt noch kein amtlicher Bericht vor, jedoch scheint nach glaubwürdigen Mittheilungen die angestrebte Einigung äusserer Umstände wegen misslungen zu sein. — Allerdings erfordert die Bearbeitung des erwähnten „Anhangs“ insbesondere für die Staaten, welche ihre Sanitätsberichte nicht auf das für die wissenschaftliche Statistik ausschliesslich in Frage kommende Kalenderjahr erstatten, eine mühsame Umrechnung. Allein innerhalb von drei Jahren wäre eine solche Arbeit mit den verfügbaren Kräften wohl allenthalben zu bewältigen gewesen. Man kann demnach die angestrebte internationale Militärmedicinalstatistik zur Zeit als gescheitert ansehen, und muss die derartigen nicht nur in Feuilletons, sondern hin und wieder auch in Fachzeitschriften und Fachwerken erfolgenden Veröffentlichungen mit um so grösserem Misstrauen ansehen, je mehr dabei aus vereinzelt kleinen Ziffern weitgehende ethnographische, anthropologische, volkswirtschaftliche u. a. Schlüsse gezogen werden.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse verglich Myrdaez (in einem am 12. März 1898 im Wiener wissenschaftlichen Verein der Militärärzte gehaltenen Vortrage) mit den 10 Tabellen des Oesterreichischen Entwurfs. Die erste Tabelle umfasst die ärztliche Aushebungsstatistik. Die Europäischen Continentalstaaten theilen meist nach Bezirken (Territorien, Provinzen, Gouvernements etc.) ein; Deutschland würde voraussichtlich nach Brigaden trennen; Holland und England machen nur Gesamtangaben, die Vereinigten Staaten von Nordamerika unterscheiden Weisse und Farbige. — Hinsichtlich der Ausdehnung auf Altersklassen, auf alle Untersuchte derselben Klasse, auf die Körpergrösse aller Gestellten oder nur die der Ausgehobenen u. s. w. fehlen noch die nöthigen Vereinbarungen. Die zweite Tabelle: „Krankensbewegung nach Armeecorps in absoluten Zahlen“ und die dritte: „Krankensbewegung nach Verhältnisszahlen“ stossen weniger auf grundsätzliche Verschiedenheiten, doch sind die vorliegenden Tabellen wegen Abweichungen bei der Aufführung der Revierkranken, der als dienstuntauglich Entlassenen, der Krankentage u. s. w. nur beschränkt vergleichbar. Bessere Uebereinstimmung erzielten die übrigen Tabellen, von denen zwei die Krankensbewegung und zwar IV. nach Waffen und Monaten, V. in den grösseren Garnisonen betreffen. Vier Tabellen beziehen sich auf die wichtigsten Krankheiten, nämlich: VI. in absoluten, VII. in Verhältnisszahlen, VIII. Zugang nach Waffen in Verhältnisszahlen, IX. Zugang nach Monaten in absoluten Zahlen. In der Schlusstabelle X. sind die Todesfälle nach Dienstzeit und Lebensalter zusammengestellt.

Unter thunlichem Ausgleich der augenfälligen Verschiedenheiten der Einzelberichte ergibt sich, dass die Zahl der Wehrpflichtigen 1894 in einer Altersklasse betrug für Russland 857600, Oesterreich-Ungarn 340015, Italien 322002, England 58841, Holland 27941, Schweiz 24508, Vereinigte Staaten von Nordamerika 17115. Von je tausend Untersuchten fanden sich tauglich in Russland 848, Holland 822, England 592, *Italien* 541, *Schweiz* 525, Vereinigte Staaten 470, *Oesterreich-Ungarn* 282 (diese Zahlen sind annähernd nur bei den *cursiv* gedruckten Ländern vergleichbar). Auf je tausend waren wegen Körperschwäche untauglich in den Vereinigten Staaten 0,5, in England 4,7, Italien 16,9, Holland 17,9, in der Schweiz 132, in Oesterreich-Ungarn 463. Diese Zahlen entbehren jeder Vergleichbarkeit, da in dem einen Lande Körperschwäche allein, in dem andern in Verbindung mit anderen Fehlern gezählt wird. Nur für wenige Gebrechen, wie z. B. Kropf, Bruch, erscheinen die Werthe einigermaassen vergleichbar; es kommen auf je tausend Untersuchte Untaugliche wegen Kropf in Nordamerika 0,17, Russland 0,25, Holland 0,37, Italien 9,1, Oesterreich-Ungarn 23,7, Schweiz 63. Ferner Varices, Varicocele und Hämorrhoiden: Holland 1,7, Russland 3,3, Italien 4,1, Schweiz 5, England 30,8, Oesterreich-Ungarn 31,8, Nordamerika 66,5. Endlich Unterleibsbrüche: Holland 6,8, England 7,3, Nordamerika 9,6, Russland 11,8, Italien 13,5, Oesterreich-Ungarn 24,7, Schweiz 32.

In erhöhtem Maasse vergleichbar sind die Erkrankungen und Todesfälle, wobei als Rechnungsgrundlage folgende Heeresstärken dienen: Russland 966966, Deutschland ohne Bayern 452700, Oesterreich-Ungarn 284738, England 102075, Italien 198792, Spanien in Europa 84426, Holland 26840, Nordamerika 23726, Schweiz 5900 Mann. Der Zugang an Kranken betrug nach den von Myrdacz benutzten Quellen auf je tausend Mann Kopfstärke in Russland 335,9, Italien 733, Oesterreich-Ungarn 786,2, Deutschland ohne Bayern 831,5, England 989,2, Nordamerika 1127,1, Holland 1487,1, Schweiz 3321. (Der auffallende Werth für Russland erklärt sich aus der Nichtberücksichtigung der Revierkranken, der für die Schweiz aus der geringen Kopfstärke der dauernd Präsenten u. s. w.) — Als Zugang von Lazarethkranken ergibt sich auf tausend der Kopfstärke: Schweiz 250, Russland 286,6, Deutschland ohne Bayern 299,5, Oesterreich-Ungarn 346,9, Italien 428, Spanien 464,5, Nordamerika 673,1, Holland 830,3, England 989,2 (bei letzterer Zahl rechnen die Aufnahmen in die Regimentskrankenstuben mit). Krankentage entfielen auf jeden Mann der Kopfstärke: Schweiz 3,6, Russland 8,8, Holland 11,1, Deutschland ohne Bayern 11,1, Spanien 12,1, Oesterreich-Ungarn 13,8, Nordamerika 14,5, England 22,4. (Diese Werthe bedürfen zur Vergleichbarkeit einer Berücksichtigung des Unterschiedes der Spital- und Revierkranken, der Colonialtruppen u. s. w.) — Todesfälle kamen auf je tausend Mann der Kopfstärke: Schweiz 2, Deutschland ohne Bayern 2,1, Holland 2,9, Oesterreich-Ungarn 3,6, Nordamerika 3,6, Italien 5,4, Russland 5,5, Spanien 8,2, England (mit den Colonien) 8,4.

Selbstmord begingen auf je 100000 Mann in Holland 13, Russland 15, Schweiz 17, England 22, Italien 32, Deutschland ohne Bayern 51, Nordamerika 78, Oesterreich-Ungarn 99. — Auf je tausend Verstorbene standen im ersten Dienstjahre: England 50, Nordamerika 118, Schweiz 285, Russland 338, Holland 365, Deutschland ohne Bayern 468, Oesterreich-Ungarn 475, Italien 536. Man könnte versucht sein aus den letzten Ziffern auf die Sorgsamkeit bei der Aushebung oder auf die Widerstandsfähigkeit der jüngsten Leute u. s. w. Schlüsse zu ziehen. Es bleibt aber zu beachten, dass diese Werthe wesentlich von der Dauer der Dienstzeit beeinflusst werden.

Den besten Vergleich gewähren die Zahlen der einzelnen Krankheiten, soweit dabei diagnostische Abweichungen ausser Frage stehen. Es kamen auf je tausend Mann der Kopfstärke Darmtyphusfälle in Holland 1,6, Deutschland ohne Bayern 2,1, Oesterreich-Ungarn 3,4, Schweiz 3,7, Nordamerika 5,4, Spanien 5,8, Russland 7,2, England 9,6; Ruhrfälle: Holland 0,15, Deutschland 0,32, Oesterreich-Ungarn 1,1, Russland 1,17, Nordamerika 2,5, England 10,8; Erkrankungen an Malariafieber: Deutschland ohne Bayern 1,31, Holland 11,3, Spanien 15,6, Oesterreich-Ungarn 25,5, Russland 51, Nordamerika 65,6, England 135,8; Gelenkrheumatismus: Russland 5,3, Holland 9,8, Deutschland ohne Bayern 10,5, Oesterreich-Ungarn 11,4, Nordamerika 15,5, England 27,3; Lungentuberculose: Oesterreich-Ungarn 1,6, Nordamerika 2,1, Deutschland ohne Bayern 2,75, England 3,2, Russland 4,2, Holland 4,5, Spanien 7,4, Schweiz 7,8; croupöse Lungenentzündung: Nordamerika 2,9, England 4,5, Holland 6,2, Schweiz 6,4, Oesterreich-Ungarn 6,5, Russland 8, Deutschland ohne Bayern 10,4, Spanien 11,5; Gonorrhoe: Schweiz 1, Deutschland ohne Bayern 18,2, Russland 18,7, Holland 28, Oesterreich-Ungarn 31,8, Nordamerika 49, England 124,2; Syphilis: Schweiz 0,7, Deutschland ohne Bayern 7,3, Holland 7,7, Nordamerika 12,4, Russland 12,5, Spanien 17,1, Oesterreich-Ungarn 18,1, England 141,8.

Wenngleich die vorstehend angeführten Ergebnisse den wissenschaftlichen Anforderungen an eine vergleichende Statistik wenig entsprechen, so leuchtet daraus immerhin die vielfache Verwerthbarkeit und die hohe Bedeutung dieses Wissenszweiges derart hervor, dass eine Betheiligung wenigstens der grossen Culturstaaten an einer gemeinsamen, gesundheitlichen Heeresstatistik mit dem Beginn des nächsten Jahrhunderts zu hoffen ist. Wenn dieses Ziel erreicht sein wird, lässt sich an eine Ergänzung des internationalen Militär-Medicinalberichts durch Tabellen über die Zahl der vorhandenen Aerzte, Hilfsmannschaften, Krankenhäuser, sowie an Uebersichten über die Veränderungen in dem Gesundheitspersonal, über den Verbrauch an Heilmitteln, über die Krankenpflegekosten u. dergl. denken.

Ein Eingehen auf die über einzelne Heere bis jetzt vorliegenden statistischen Thatsachen würde ein bändereiches Werk füllen. Es seien deshalb im Folgenden nur wenige kurze Angaben über das Oesterreichische

und Deutsche Heer aus den letzten Jahren angefügt: Der Oesterreichische Bericht wird von dem k. und k. technischen Militärcomité herausgegeben und zwar seit 1895 unter Weglassung der Aushebungsergebnisse. Der Krankenzugang sank 1896 bis 735,7 vom Tausend der Kopfstärke, wovon 343 in Heilanstalten aufgenommen wurden, deren Tagesbestand 26,4 betrug. Auf jeden Mann kamen 13,3 Krankentage. Die Zahl der Verstorbenen belief sich auf 3,46 von je 1000 der Kopfstärke. Der Bericht für 1896 giebt eine Statistik von 227 einzelnen Garnisonorten, von denen Pola, Warasdin und Trembowla die ungünstigsten Verhältnisse aufwiesen. Von den Völkerschaften erschienen die Rumänen am häufigsten, doch war der Krankenzugang bei den Kroaten am höchsten. Von je 1000 Kranken genasen nach durchschnittlich 27 tägiger Behandlung 813, es starben 9,6 und 177,4 gingen anderweit ab. Der Aufwand an Heilmitteln für jeden Kranken betrug 72,56 Heller. — Auf je 1000 Mann der Kopfstärke wurden wegen zeitlicher Invalidität 33,6 beurlaubt und wegen dauernder 30,9 entlassen. Unter letzteren wogen Eingeweideverlagerung, unter ersteren chronischer Bronchialkatarrh als Grund vor. — Von je 1000 der eingestellten Rekruten waren 29,9 wegen Dienstuntauglichkeit alsbald wieder zu entlassen. Von Sectionen wurden 1896 vorgenommen: 1148 pathologisch-anatomische und 444 gerichtsarztliche; ferner fanden 1448 chirurgische und Augen-Operationen statt. Vaccinirt wurden 16805, revaccinirt 149603 Mann mit 79 pCt. Erfolg. Die Bade-Heilanstalten nahmen 2232 Militärpersonen auf. Von einzelnen Krankheiten entfielen 1896 auf je 1000 der Kopfstärke 3,5 Darmentzündungen, 22,6 Malariafieber, 5,3 Trachom und Augenblennorrhoe, 61,4 Venerie, 6,4 croupöse Lungenentzündung, 10,4 Gelenkrheumatismus, 73,2 Verletzungen.

Betreffs der Sanitätsstatistik des Deutschen Heeres liegt als letzte Veröffentlichung der „Sanitäts-Bericht“ der Medicinalabtheilung des Preussischen Kriegsministeriums (Berlin 1898, bei Ernst Siegfried Mittler u. Sohn) vor. Dieser umfasst ausser der Preussischen Armee das XII. (Sächsische) und XIII. (Württembergische) Armeecorps; er erstreckt sich über die Zeit vom 1. April 1894 bis 30. September 1896 und bietet deshalb weder über das gesammte Heer, noch über ein Kalenderjahr Zifferwerthe, welche mit denen der Heere anderer Culturstaaten oder dem Deutschen Marine-Sanitätsberichte 1895/7 unmittelbar vergleichbar sind. Von 1873 bis 1896 erstreckte sich die Deutsche Berichterstattung jeweilig auf das vom 1. April bis 31. März festgesetzte Etatsjahr. „Ein Vortheil hat sich hieraus für die Statistik nicht ergeben,“ sagt die „Vorbemerkung“ zu dem letzten Sanitätsberichte selbst. Man hat nun das „Berichtsjahr“ seit 1896 auf die Zeit vom 1. October bis 30. September festgelegt, damit es sich mit dem militärischen Ausbildungsjahre decke. Es leuchtet ein, dass dieser Vortheil dann zur Geltung käme, wenn alle Mannschaften nur ein Jahr lang activ dienten. Auch in diesem Falle würde dadurch der Nachtheil kaum aufgewogen, welchen vorübergehend die Verschiebung des Berichtsjahres und dauernd

die Einführung einer dritten Jahresabmessung (neben dem Kalender- und dem Etatsjahre) hinsichtlich der Vergleichbarkeit mit der Heeresstatistik anderer Länder und mit der Marine- und Civilstatistik bedingt. Möglicher Weise findet dieser Uebelstand über lang oder kurz dadurch Erledigung, dass man in Deutschland wiederum das Etatsjahr mit dem Kalenderjahr zusammenfallen lässt, wenn der Grund der geschehenen Auseinanderlegung, nämlich plötzliche Heeresvermehrung, einst wieder in Wegfall kommen wird. Von Einzelheiten seien aus dem erwähnten, 256 Quartseiten Text und 271 Seiten Tabellen umfassenden Bericht folgende hervorgehoben:

Die Heeresdurchschnittsstärke stieg in der Berichtszeit von 505 811 auf 518 644 Mann. Die jährliche Erkrankungsnummer, welche im vorletzten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts etwa 900 pM. der Kopfstärke betragen hatte, fiel 1895/6 auf 749,1 (worunter 273 pM. Lazarethkranke), den niedrigsten Stand, solange eine Berichterstattung im preussischen Heere besteht. Die zum Vergleiche herangezogenen beiden bayerischen Corps weisen ungünstigere Werthe, nämlich 1138,1 und 907,5 auf. Der durchschnittliche tägliche Krankenstand betrug 1895/6 nur 28,2 pM. der Kopfstärke (gegenüber etwa 30 im vorigen Jahrzehnt). Davon kamen 17,9 auf das Lazareth und 10,4 pM. auf das Revier; ein Lazarethkranker war durchschnittlich 22,1, ein Revierkranker 7, jeder Kranke überhaupt 13,2 Tage in Behandlung. Der Ausfall an Dienstadtagen betrug im Durchschnitte für jeden Mann 10,3 Tage, wovon 6,5 auf das Lazareth und 3,8 auf das Revier entfielen. Von je tausend Behandelten starben 1894/5 nur 2 pM., im folgenden Jahre 2,3 pM.

Die Zahl der Todesfälle sank in den beiden Jahren 1894/5 und 1895/6 auf 2,5 und 2,6 vom Tausend der Kopfstärke. In den letzten 23 Jahren verminderte sich diese Zahl um 61,2 pCt.; sie betrug 1873/4 noch 6,7. — An Selbstmord entfiel in beiden Jahren 1894/6 je 0,46 pM. der Kopfstärke, auf tödtliche Unfälle 0,28 und 0,32 pM.

Von sanitären Maassnahmen führt der Bericht ausser der Errichtung von 11 neuen Garnisonlazarethen und 19 Erweiterungsbauten die Eröffnung zweier Laboratorien für Röntgen-Aufnahmen in Berlin, die Einführung von mehreren Anstalten für medicomechanische Behandlung und die Herstellung zweier Genesungsheime an. Ferner werden Verbesserungen bei der Verpflegung, Trinkwasserversorgung und Abfallbeseitigung, insbesondere die versuchsweise Erbauung einer Feuerlatrine nach Weyl-Arnheim's System in Nedlitz, erwähnt. — Die Brausebadeanstalten wurden derart vermehrt, dass „jetzt fast überall“ jeder Mann auch im Winter baden kann. — In mehr als 70 Garnisonen wurden neue Casernements errichtet. Von grundsätzlicher Bedeutung erscheint das Absehen von der bisherigen „kasernenmässigen“ Massenunterbringung in grossen Gebäuden, an deren Stelle einzelne Blocks oder Baracken unter Trennung der Wohnhäuser von den Dienstgebäuden treten sollen.

Von den zahlreichen Zifferangaben über die einzelnen Krankheits-

gruppen erscheinen hier die von Werth, welche einen Vergleich mit anderen Statistiken ermöglichen. An Darmtyphus, dessen Aetiologie, Casuistik, Nachkrankheiten u. s. w. 5 Kartenskizzen und im Text 14 Seiten, abgesehen von der Anführung in den Tabellen, gewidmet sind, betrug der Zugang in beiden Berichtjahren 1,7, die Sterblichkeit 0,16, bez. 0,19 pM. der Kopfstärke. Bemerkenswerth erscheint bei diesen niedrigen Zahlen, dass die Sterblichkeit im Verhältniss zum Zugang hoch blieb, nämlich 9,8 bez. 11,1 pCt. Vergleichsweise betrug diese Sterblichkeit in der Französischen Armee 1894 und 1895 bei einem etwa sechsmal stärkeren Procentsatze des Zuganges an Typhus 17,5 und 16,9. Doch lässt sich wegen der Verschiedenheit der Berichtszeiträume der Vergleich nicht näher durchführen. Man darf aber aus diesen Ziffern schliessen, dass die Abnahme des Typhus nicht durch Minderung der Gefährlichkeit der Erkrankung, sondern durch Verringerung der Ansteckungsgelegenheit in Folge besserer gesundheitlicher Verhältnisse herbeigeführt wurde. — Anders verhält sich bekanntlich die Malaria-Erkrankung, die — abgesehen von seltenem epidemischem Auftreten — mit abnehmender Zahl milder zu werden pflegt. Die Erkrankungsziffer betrug 1894/5 nur 0,65 und 1895/6 sogar nur 0,55 pM. der Kopfstärke; sie sank seit 1869, wo sie 5,45 pCt. ausmachte, auf den hundertsten Theil. Todesfälle an dieser Krankheit kamen nicht zur Beobachtung; auch nicht bei den von auswärts, in Algier, Dahome, Tonking, Wolhynien und bei den Deutschen Schutztruppen erworbenen Fiebern und Nachkrankheiten. — Akuter Gelenkrheumatismus findet sich in beiden Berichtjahren zu 7,9 und 7,7 pM. beziffert, die entsprechenden Werthe für chronischen Rheumatismus waren 0,76 und 0,75 pM., für Gicht 0,05 und 0,1 pM. Der Lungentuberculose werden 3 Kartenskizzen gewidmet, die Erkrankungsziffer fiel in beiden Jahren auf je 2,7 pM. — Zugänge an croupöser (fibrinöser) Lungenentzündung werden 7,9 und 8,2 pM. der Kopfstärke angeführt, die Todesfälle sanken bis 3,4 und 3,2 pM. der Behandelten, 5 Kartenskizzen veranschaulichen die Verbreitung und das Auftreten der Krankheit seit 1881. — Venerische Krankheiten kamen im Durchschnitte beider Berichtjahre 27,7 pM. der Kopfstärke zur Behandlung, was sich dem 1887/8 erreichten niedrigsten Stande von 26,3 pM. nähert. Die Einzelheiten werden durch ein Diagramm, 5 Kartenskizzen und 10 Textseiten erläutert. Die Verminderung dieser Krankheiten fand seit 1881, wie eine tabellarische Vergleichsübersicht darthut, im Deutschen, Französischen, Oesterreichischen, Italienischen und Englischen (Inlands-) Heere in ähnlicher Weise statt. Der Zugang an Tripper betrug 1894/5 und 1895/6 in Deutschland 16,9 und 15,4, an Syphilis 6,8 und 5,9 pM. der Kopfstärke.

Von Tausend aller Behandelten wurden 908,6 bez. 908,8 geheilt, während als ganzinvalid 9,6 bez. 10,8, als halbinvalid 6,2 bez. 6,4 und als dienstunbrauchbar 9, bez. 8,6 ausschieden. Bei den letzteren sind nicht, wie dies bis dahin geschah, die unmittelbar

nach der Einstellung unbrauchbar Befundenen mitgezählt. In Bäder und Genesungsheime wurden 684, bez. 1084, entsendet, in Irrenhäuser 83, bez. 82.

H. Krankendienst bei Uebungen.

Bei dem gewöhnlichen Exercieren unberittener Truppen kommen Erkrankungen und Unfälle so selten vor, dass keine besonderen Maassnahmen für Krankenversorgung nöthig erscheinen. Dasselbe gilt auch zumeist von dem sonstigen Dienste in der Kaserne und auf deren Hofe; hier leistet bei etwaigen Beschädigungen der wachhabende Lazarethgehilfe der Revierstube (§ 16,5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) bis zur Ankunft des Arztes oder bei der Ueberführung in das Garnisonlazareth die erste Hilfe. Damit jedoch bis zur Herbeiziehung dieses Lazarethgehilfen sofort ein Nothverband angelegt werden kann, dürfen die Truppentheile zum Exercieren, Turnen, Bajonettfechten, Reiten, Stalldienste u. s. w. auf je 100 Mann (nach § 18, 5) ein Verbandpäckchen mitnehmen, in dessen Gebrauche namentlich die Unteroffiziere seitens der Truppenärzte unterwiesen werden.

Zum Exercieren grösserer Massen von einem Bataillone oder einer Abtheilung an aufwärts, ferner bei Märschen, zum Felddienste und Scharfschiessen wird ein mit der Lazarethgehilfentasche, dem Verbandzeuge und der Labeflasche ausgerüsteter Lazarethgehilfe befehligt. — Besondere Maassnahmen machen sich bei dem Schwimmen in der Badeanstalt nöthig. Hier findet sich deshalb eine Rettungsanweisung angeschlagen und ein Rettungskasten aufgestellt, dessen gewöhnlicher Inhalt aus dem (am Ende dieser Arbeit abgedruckten) Verzeichnisse aus Beilage 26 (B, c, 164) der Friedens-Sanitäts-Ordnung ersichtlich wird. Es dürfen jedoch in diesen Kasten, soweit es der Raum gestattet, auch andere, von den Sanitäts-Offizieren für geeignet erachtete Mittel aufgenommen werden. Zu jeder Schwimmübung wird (§ 18, 1) ein älterer Lazarethgehilfe befehligt.

Sind bei einer Uebung eines kleinern Truppentheils, namentlich der technischen Waffen, Unglücksfälle zu befürchten oder finden Uebungen im Regiments- oder Brigadeverbande statt, so macht sich die Anwesenheit eines einjährig freiwilligen Arztes, Unterarztes oder Assistenzarztes erforderlich, dem mindestens ein Lazarethgehilfe beizugeben ist.

Verlässt die Truppe den Standort auf länger als einen Tag, so rechnet man für jedes Bataillon oder Cavallerieregiment und für jede Artillerieabtheilung ebenfalls je einen der erwähnten Aerzte. Bei dem Scharfschiessen auf den Artillerieschiessplätzen wird mindestens ein Assistenzarzt, bei Bedarf aber ein Stabsarzt, befehligt. Ueber die Vertheilung der Aerzte, deren Berittenmachung und Versorgung mit Hilfspersonal, Arzneien und Verbandmitteln bei den grösseren Truppenübungen enthält § 19 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nähere Vorschriften, aus denen hier nur das auf die Krankenversorgung bezügliche zu erwähnen ist. Die

sogenannten Sanitätsbehältnisse, nämlich der Sanitätskasten und der Bandagentornister, werden nebst den Krankendecken auf dem Vorspannwagen des Truppentheils mitgeführt. Ein Sanitätsbehältniss erhält ein Truppentheil dann, wenn er von einem Militärarzte begleitet wird, während für die Krankendecken die Etatssätze maassgebend sind. Ueber Gestalt, Einrichtung und Inhalt der erwähnten Lazarethgehülfentaschen, Bandagentornister und Sanitätskasten bestehen keine Friedensvorschriften, vielmehr gilt für diese Geräthe die Beilage 5 der (im Abschnitte V, 1 b der II. Abtheilung dieses Bandes) besprochenen Kriegs-Sanitäts-Ordnung.

Ein Wagen zur Beförderung von Kranken wird — abgesehen von grösseren Garnisonen — dauernd auf jedem Artillerie-Schiessplatze (nach der Anmerkung zu § 47, 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) aufgestellt, auch folgen solche Wagen den Truppen (§ 19, 11) bei grösseren Uebungen. Ueber die Zahl dieser Krankenbeförderungsmittel, sowie über die Einrichtung bestehen ebensowenig Friedensvorschriften, wie über die Bauart und Ausstattung der Krankenbeförderungswagen selbst. Letztere werden nach dem Ermessen der einzelnen Generalcommandos sammt den zugehörigen Krankentragen und Verbandmitteltaschen den Kriegsvorräthen entnommen und vom Trainbataillone bespannt dem Divisionsarzte zur Verfügung gestellt. Wo solche Wagen nicht zur Stelle sind, werden Leichtkranke auf Gepäckwagen der Truppe mitgeführt, für Schwerkranke aber in der im § 20, 6 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgesehenen Weise Vorspannwagen in Anspruch genommen.

Die bei der Uebung ausserhalb der Garnison erkrankten, zur kostenfreien Aufnahme in Militärlazarethe berechtigten Mannschaften, welche keine Aufnahme in einem Garnison- oder Ortslazarethe (siehe Seite 273 dieses Bandes) finden oder ohne Nachtheil für Gesundheit und Leben nicht dahin zu überführen sind, werden (nach § 21, 3 bis 5) der nächsten Ortsbehörde zur Pflege und Behandlung überwiesen.

Der bisher besprochene Theil des Krankendienstes bei Uebungen hat sich in der nach den deutschen Vorschriften vorstehend geschilderten Weise nach und nach entwickelt und wird allenthalben sowohl als zweckentsprechend, wie auch als ausreichend für das Bedürfniss der übenden Truppe angesehen. Dagegen stellte sich im letzten Jahrzehnt eine Meinungsverschiedenheit darüber heraus, in wie weit neben der thatsächlichen Krankenversorgung bei den grösseren Truppenübungen noch ein fingirter oder fictiver Krankendienst als Vorübung für den Kriegsfall stattfinden soll, insbesondere, ob neben jedem Truppenmanöver gleichzeitig eine Krankenträgerübung mit vollständig ausgerüsteten und hinreichend zahlreichen Feldsanitätswagen, markirten Verwundungen, nachgeahmten Verbandplätzen und dergl. vorzunehmen sei. Die Einzelheiten der ausgedehnten Erörterungen über diesen Gegenstand müssen dem Fachschriftthume überlassen bleiben, hier können nur die hauptsächlichen Gesichtspunkte, die bei dieser Streitfrage in Betracht kommen, berührt werden.

Die sogenannten Truppenmanöver geben ein möglichst getreues Bild

von ernsten Gefechten, wobei aber die Nachahmung selbstredend nur bis zu gewissen Grenzen geht. Es werden z. B. vernünftiger Weise nicht Handgemenge, regellose Flucht, Verfolgung, Verwundungen oder Gebliebene dargestellt. Dabei hat keine der beteiligten Waffengattungen eine ernste, ihr auch im Kriege zufallende Thätigkeit, das heisst: der Reiter haut nicht wirklich ein, der Infanterist sticht nicht mit dem Bajonett, das feuernde Geschütz verschießt kein scharfes Geschoss u. s. w. Höchstens schlagen die Pioniere eine Brücke, die, wie im Ernstfalle, thatsächlich benutzt wird. — Abweichend hiervon war bisher die Thätigkeit des Sanitätsdienstes bei den Manövern, die sich ausschliesslich auf Verhütung und Behandlung von Erkrankungen, Verband und Wegschaffen von wirklich Verunglückten erstreckte, aber keinerlei Vorübung für den Kriegsfall durch Markirung von Verletzten und dergl. vornahm. Letzteres blieb ausschliesslich besonderen Sanitätsübungen mit Herbeiziehung kleinerer Truppentheile überlassen, wobei man allerdings von gewissen Veranstaltungen, insbesondere von der Uebung der leitenden Aerzte in der Auswahl von Verbandplätzen und der Zusammenziehung der Truppen-sanitätsmannschaften auf diesen Plätzen absehen musste. Letztere Art Uebungen sind jedoch unstreitig nöthig und können nur bei den grösseren Herbstübungen und den sogenannten Generalstabsreisen vorgenommen werden. Der Gefahr einer Beeinträchtigung des thatsächlichen Manöver-sanitätsdienstes und der Versorgung wirklich Kranker lässt sich durch angemessene Veranstaltungen vorbeugen. Dagegen bemerkt Otto Knoevenagel (Neue militärische Blätter, 49. Band, 7. Heft, vom September 1896, Seite 169): „Unbedingt aussprechen muss ich mich gegen jede Absicht, bei Gelegenheit der Manöver eine Uebung im Tragen Verwundeter aus dem Gefecht nach den Verbandplätzen vornehmen zu wollen, wie das wohl gelegentlich auch versucht worden ist. Wo letzteres geschehen, da wird bei nachträglicher nüchterner Würdigung wohl dem zugestimmt werden, was ich in meiner Arbeit in der „Deutschen militärischen (soll heissen militärärztlichen) Zeitschrift (Heft 6, 1885)“ über diesen Punkt geäussert habe: dass es ohne Unordnung anzurichten und ohne Gefahr, die ernste Sache in's Lächerliche zu ziehen, nicht abgeht“.

I. Besonderer Krankendienst.

Eigenartig gestaltet sich die Krankenversorgung bei manchen Uebungen der Sonderwaffen, wie beispielsweise Belagerung, Miniren, Eisenbahnbau, Brückenschlagen, Luftschiffahrt. Die Einzelheiten haben keine allgemeine Wichtigkeit und finden sich grösstentheils selbst in den Fachzeitschriften noch nicht eingehend erörtert. Allgemeiner bekannt wurde die zuerst von Voigt (Medicinische Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen 1836, No. 25) beschriebene Minenkrankheit, gegen die sich besondere Vorsichtsmaassregeln, insbesondere das Verbot des vorschnellen Betretens der Gallerien nach erfolgter Sprengung, erforderlich machen (Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 4. Jahrgang 1875,

Seite 379 ff. und 632 ff.). — Von sonstigen besonderen Krankendienstzweigen kommen im Heere etwa folgende in Frage, nämlich die Versorgung

a) Geisteskranker.

Wie bereits (Seite 270 dieses Bandes) erwähnt, werden nicht nur chronisch Geisteskranke, sondern alle gemeingefährlichen Irren, ferner der Vortäuschung von Irrsinn Verdächtige u. s. w. in Deutschland Seitens der Militärlazarethe an Civilirrenanstalten abgegeben; in letzteren erhalten die Kranken weder Löhnung noch Uniform, auch dürfen sie sonst als Soldaten nicht kenntlich gemacht werden. Es kommt hiernach ein Krankendienst bei Irren auch bei grösseren Militärheilstätten nur ausnahmsweise und vorübergehend vor. Er wird für das Unterpersonal durch den Abschnitt 7, I, H des „Unterrichtsbuch für Lazarethgehülfen“ vom 17. Juli 1886 geregelt.

Die Zweckmässigkeit der im deutschen Heere zur Zeit geltenden Vorschriften über das Verfahren mit Geisteskranken ergibt sich daraus, dass unter den zahlreichen Angriffen, welche im letzten Jahrzehnte gegen die Irrengesetzgebung sowohl, als gegen einzelne Irrenärzte, Physici und Anstalten erfolgten und zum Theil von früheren Heeresangehörigen ausgingen, sich kaum einer gegen die im Heere gültigen, einschlägigen Bestimmungen und Gepflogenheiten richtete.

b) Seuchen.

Die beim Heere manches Eigenthümliche bietenden Vorbeugungsmaassnahmen kommen hier nicht in Frage. Die Krankenversorgung bei Seuchen unterscheidet sich aber nur darin von der im Civil, dass sich die Absperrung der Erkrankten wirksamer durchführen lässt. Sind letztere zahlreich, so nimmt man beim Militär auch bisweilen eine Absperrung der Gesunden durch Verlegung der Garnison in ein leerstehendes Lager oder dergl. vor. Ueber militärische Seuchenlazarethe vergl. S. 272 dieses Bandes und den 15. Abschnitt der Friedens-Sanitäts-Ordnung, insbesondere dessen § 154 über „Gesonderte Behandlung, Pflege und Wartung der Kranken mit ansteckenden Leiden.“ Ueber die bei ausgedehnten, heftig auftretenden Epidemien erforderliche Annahme von Hilfs-Unterpersonal in Seuchenlazarethen vergleiche unter „Ausbildung“ weiter unten (S. 304 dieses Bandes).

c) Schulen.

Dass die Lehr- und Erziehungsanstalten für Knaben und Mädchen im Heere keinerlei Besonderheiten betreffs der Krankenversorgung bieten, ergibt sich schon daraus, dass an diesen Anstalten meist keine etatsmässigen Arztstellen vorhanden sind, so in Deutschland beim Waisenhaus zu Potsdam, beim Mädchen-Waisenhaus zu Pretsch u. s. w. — Andere militärische Internate, wie die Kriegsschulen, gleichen völlig den Kasernements für Soldaten. Die Unterofficiervorschulen, die zahlreichen

Unterofficerschulen und die Kadettenhäuser unterscheiden sich hinsichtlich der Krankenversorgung kaum von den entsprechenden civilen Erziehungsanstalten. Die kleineren besitzen einen etatsmässigen Assistenzarzt, die grösseren einen Oberstabsarzt oder Stabsarzt und bezw. einen oder zwei Assistenzärzte. — Die Aerzte einiger höheren militärischen Lehrinstitute, wie Kriegsakademie, Turnanstalt u. s. w., wirken neben ihrem ärztlichen Berufe gleichzeitig oder vorwiegend als Lehrer der Gesundheitspflege beziehungsweise Anatomie.

d) Gefängnisse.

Die deutschen Festungsgefängnisse zu Köln, Spandau und Dresden besitzen nur je einen Assistenzarzt. Bei den übrigen versieht den ärztlichen Dienst, der von dem bei anderen Gefängnissen sich nicht unterscheidet, der Garnisonarzt des Ortes. Der Revierdienst wird in den militärischen Strafanstalten nach den Anmerkungen zu § 12 der Friedens-Sanitäts-Ordnung, wie in Kasernen, abgehalten.

e) Institute, Werkstätten.

Bei den militärischen Instituten sind in Deutschland für die Militärpersonen entweder Aerzte etatsmässig oder von Truppentheilen zum Dienst commandirt. Für Civilarbeiter und -arbeiterinnen der militärischen Werkstätten werden Civilärzte vertragsmässig angestellt. Die Krankenversorgung erfolgt nach den allgemeinen Reichsgesetzen. Vom Beginn der 14. Woche nach erlittenem Unfälle ab tritt unentgeltliche Behandlung durch Sanitätsofficiere und kostenfreie Verabreichung von Stärkungsmitteln aus Garnisonlazarethen ein (Friedens-Sanitäts-Ordnung § 4, 5 und Ziff. 15 der Erläuterungen zu Beilage 14).

Bei einigen Militärwerkstätten findet für die Arbeiter neuerdings Unterricht durch Aerzte in der ersten Hilfeleistung (sogenannter Samaritercursus) statt.

Für die Arbeiter und Arbeiterinnen der Artilleriedepots darf ärztliches Sanitätsmaterial aus Lazarethbeständen für die erste Hilfe niedergelegt werden (§ 37, 3). Verunglückten Leute bei einem Militärbau, welcher unter Leitung der Militärbehörde steht, so werden sie auch dann, wenn sie von einem Unternehmer gestellt sind, ebenso wie die auf militärischen Werften, in militärischen Pulver-, Gewehr-, Munitions- u. s. w. Fabriken Beschädigten, auf fiskalische Kosten in das betreffende Garnisonlazareth (nach Beilage 12, c 19) aufgenommen. Ueber die Krankenversorgung der bei Laboratorien und Werkstätten thätigen Militärpersonen bestimmt das Nähere § 37, 2 u. 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung.

f) Beurlaubtenstand und Bezirkscorcommandos.

Finden Uebungen von Mannschaften des Beurlaubtenstandes in geschlossenen Abtheilungen statt, so wird das erforderliche Sanitäts-

personal nach § 37, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung durch besondere Bestimmung zugeteilt.

Bei den Bezirkscommandos sind entweder Sanitätsofficiere etatsmässig oder commandirt. In Orten ohne Sanitätsofficier werden zum ärztlichen Dienste, einschliesslich der Behandlung der Familien, Civilärzte (§ 35, 3) vertragsweise angenommen, wobei man zunächst Sanitäts-officiere des Beurlaubtenstandes, sodann staatliche Sanitätsbeamte berücksichtigt.

g) Familien.

Die Fürsorge für erkrankte Frauen und Kinder von Heeresangehörigen geschieht in den einzelnen Staaten nach abweichenden Grundsätzen. In Deutschland gehört „die militärärztliche Behandlung der erkrankten Soldatenfrauen und Kinder“ nach § 12, 7 der „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ zu dem Revierdienste. Der Ausdruck „Soldatenfrauen“ wurde von ausländischen Fachschriftstellern missverstanden und ist insofern unzutreffend, als es in den deutschen Garnisonen nur ausnahmsweise und wohl kaum jemals in Kasernen Soldatenfrauen giebt; es sind die Angehörigen von Unterofficieren und unteren Militärbeamten gemeint. Die kostenfreie Krankenpflege erstreckt sich nur auf solche Frauen und Kinder, welche im Haushalte ihrer Männer bzw. Väter leben, und besteht in der militär- oder specialärztlichen Behandlung, in der Gewährung von Heil- und Verbandmitteln, sowie in der Krankenhausaufnahme. Letztere erfolgt nur bei Geistesstörung oder ansteckenden Krankheiten und zwar lediglich in Civilanstalten. Die Einzelheiten finden sich in dem (am Ende dieser Arbeit abgedruckten) § 31 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgeschrieben.

h) Officiere.

In Deutschland haben Officiere und Obermilitärbeamte nach § 4, 2 und 3 der Friedens-Sanitäts-Ordnung nur dann Anspruch auf kostenfreie militärärztliche Behandlung, wenn am Orte ein Sanitätsofficier vorhanden ist; ihre Familien nur dann, wenn die betreffenden Officiere zu Invalidenhäusern gehören. Arzneien und Verbandmittel erhalten Officiere und Oberbeamte unentgeltlich ausserhalb der Garnison an Orten, wo sich keine Civilapotheke befindet. Krankenhausaufnahme steht ihnen im Frieden lediglich in den in der Beilage 12 D und E zu § 64 der Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgesehenen Fällen gegen Bezahlung zu. Die Aufnahme erfolgt nicht, wie dies bei activen Unterofficieren, Mannschaften, einjährig Freiwilligen u. dergl. geschieht, unbedingt. Auch sind die Kosten zu vergüten, und bei Officieren vom Hauptmann an aufwärts muss die Genehmigung des Generalcommandos vorliegen.

K. Ausbildung im militärischen Krankendienste.

Das für die Krankenversorgung nöthige zahlreiche Personal der jetzigen Heere zerfällt in solches, dessen Lebensberuf die Heilwissenschaft oder die Arzneibereitungskunde oder die Krankenpflege bildet, ferner in solches, das nur während der Militärdienstzeit, aber während dieser ausschliesslich, zum Krankendienste verwandt wird, und endlich in solches, das man während des Heeresdienstes vorübergehend oder aushilfsweise zur Krankenversorgung heranzieht. Da jeder Soldat, wie jeder Mensch überhaupt, in die Lage kommen kann, bei plötzlicher Erkrankung oder bei einem Unfälle sich selbst oder einem Berufsgenossen oder überhaupt einem Mitmenschen helfen zu müssen, so schlug man neuerdings vor, alle Heeresangehörigen zur ersten Hilfeleistung auszubilden. Nicht nur in Kreisen, wo die Krankenpflege als eine Art nützlicher Sport betrieben wird, sondern selbst in militärischen Fachblättern (vergl. z. B. Dörmer im Militär-Wochenblatt 1896, No. 100, 103; 1897, No. 73) trifft man auf derartige Vorschläge. — Abgesehen von der Unausführbarkeit einer allgemeinen Hilfeleistungsunterweisung in einem Heere, wo die Meisten kaum zwei Jahre, Manche nur ein Jahr und darunter dienen, muss man bedenken, dass jede Vermehrung der Schülerzahl die Gefahr der Verflachung des Unterrichts mit sich bringt, und dass eine fehlerhafte erste Hilfe meist mehr schadet, als gänzlicher Mangel einer solchen. — Es wird daher der Hilfeleistungsunterricht sich zweckmässig auf Officiere und Unterofficiere beschränken, dagegen aufgeweckten Soldaten höchstens Gelegenheit geboten werden, sich z. B. durch Anschauung von Selbsthilfe darstellenden Wandtafeln oder sonst, Kenntniss einiger nützlichen Maassnahmen zu erwerben. Für den Frieden kommen derartige Hilfeleistungen von Mannschaften wenigstens in Deutschland kaum in Frage; die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 7, 4) beschränkt sogar die Thätigkeit selbst der in der ersten Hilfe eingehend ausgebildeten Krankenträger auf den Krieg. Vielleicht könnten aber in manchen Fällen ausgebildete Träger bereits im Frieden mit Nutzen thätig sein.

Was die Organisation des militärischen Krankendienstes im Ganzen betrifft, so bildet dieser in manchen Ländern eine einheitliche Sanitätstruppe. In Deutschland ist dies zur Zeit noch nicht der Fall, nur die Aerzte, die Lazarethgehilfen und Krankenwärter gehören zum Sanitäts-corps, dem die Apotheker und Krankenträger nicht zugezählt werden. Die Ergänzung geschieht nur bei den Krankenwärtern durch Aushebung; Lazarethgehilfen und Krankenträger werden aus den mit der Waffe ausgebildeten Mannschaften — soweit thunlich mit ihrer Zustimmung — entnommen. Aerzte und Apotheker dienen als solche im Frieden nur freiwillig, doch können für den Kriegsfall bei Bedarf auch Mannschaften und Officiere des Beurlaubtenstandes jeder Waffe als Aerzte zwangsweise designirt werden, desgleichen Mannschaften als Apotheker.

a) Aerzte.

Die Krankenversorgung im Heere verlangt selbstredend besonders hierzu ausgebildete Aerzte. Zu solcher Ausbildung gilt in Deutschland mit Recht der Waffendienst als unerlässlich. Dieser wurde durch § 5 der „Verordnung über die Organisation des Sanitätscorps“ vom 6. Februar 1873 für sämtliche Militärärzte des Friedens- und Beurlaubtenstandes vorgeschrieben und bewährte sich von Anfang an derart, dass über die grundsätzliche Zweckmässigkeit keinerlei Zweifel laut wurden. — Dagegen trifft man im Fachschrifthume abweichende Ansichten darüber an, ob, wie bisher, dem Arzte die Wahl der Waffengattung gestattet bleibe, bei welcher er der Dienstpflicht genügt, auch ihm erlaubt werde, bei guter Führung nach bereits sechs Monaten als einjährig freiwilliger Arzt — oder, falls der Betreffende noch nicht die Approbation erlangt hat, zunächst als Lazarethgehilfe der Reserve — zum Sanitätscorps überzutreten. Manche wünschen eine längere Waffendienstzeit und die Beschränkung der Wahl der Waffengattung zur Erlernung des Reitens auf berittene Truppen. Auch die Ausbildung der Aerzte beim Train erscheint Manchem wegen der Nothwendigkeit der Unterweisung im Fahrdienste für die Chefärzte der Feldlazarethe u. s. w. nöthig.

Der erwähnte Widerstreit der Ansichten über diese Fragen erklärt sich zumeist daraus, dass man nicht hinreichend die Verschiedenheit des Ausbildungszieles beachtet, je nachdem die eingestellten Aerzte entweder erstens nur ihrer Dienstpflicht genügen wollen, oder zweitens auf Beförderung im Beurlaubtenstande rechnen, oder drittens als active Sanitäts-officiere Anstellung wünschen. Für die letzteren ist die Art des Waffendienstes unwesentlich, da sie im Laufe ihrer Dienstzeit ohnehin Gelegenheit finden und gezwungen sind, sich im Reiten auszubilden. — Ebenso dürfte die Wahl der Truppenart bei Jedem, welcher auf Beförderung über den Unterarzt hinaus verzichtet, nur seine Verwendung für den Kriegsfall beeinflussen, im Frieden aber gleichgiltig sein. Vielleicht aber wäre es gerathen im Beurlaubtenstande nur solche Aerzte zu Sanitäts-officieren zu ernennen, welche bereits hinlängliche Reifertigkeit erlangt haben. Es käme alsdann für diese der Waffendienst zu Fuss in den meisten Fällen ausser Frage.

Auch die Ansichten über den Ausbildungszweck bei der Frage der Verwendung einjährig freiwilliger Aerzte sind verschieden. Manche verlangen, dass letztere nur beim Lazareth dienen, da der Dienst im Revier und bei den Truppenübungen zu hohe Anforderungen stelle, wogegen im Krankenhause der Arzt Gelegenheit zur klinischen Weiterbildung fände und daher die Militärdienstzeit ihm u. A. auf das für den Civilarzt künftig verbindliche „practische Jahr“ angerechnet werden könne u. s. w. Berücksichtigt man die erwähnten Verschiedenheiten des Ausbildungszwecks, so erscheint eine Lazarethverwendung zwar für künftige active Sanitäts-officiere und für diejenigen Aerzte, welche auf

Beförderung im Beurlaubtenstande verzichten, zulässig. Erstere haben nämlich im Laufe ihrer weiteren Dienstzeit voraussichtlich Gelegenheit, den Truppendienst practisch kennen zu lernen, und letztere kommen selbst im Kriegsfall nur in Stellungen, wo die beim Waffendienste und bei der „theoretischen Instruction“ erworbenen Kenntnisse allenfalls ausreichen. Dagegen wird ein späterer Sanitätsofficier des Beurlaubtenstandes nur durch Einstellung als einjährig freiwilliger Arzt bei einem Truppentheile und durch Theilnahme an Truppenübungen die nöthige Ausbildung erlangen. Um letztere handelt es sich wesentlich, denn lediglich wegen erlangter militärischer Dienstkenntniss und nur in seltenen Ausnahmefällen wegen hervorragender wissenschaftlicher Leistungen wird ein Arzt des Beurlaubtenstandes befördert. Dabei erscheint es verkehrt, obwohl diese Ansicht selbst in Fachzeitschriften hin und wieder vertreten wird, von jedem militärischen Krankenhause zu fordern, dass es eine Stätte klinischer Lehr- und Lernthätigkeit bilde. Denn die kleineren Garnisonlazarethe, welche die Mehrzahl der militärischen Krankenhäuser bilden, kommen schon deshalb nicht als klinische Anstalten in Betracht, weil schwere und wichtige Fälle unter den jungen und sorgsam ausgelesenen Mannschaften des Friedensheeres Ausnahmen sind. Dagegen finden selbst in kleinen Garnisonen die einjährig freiwilligen Aerzte bei der Truppe Gelegenheit zur Aneignung der einem Sanitätsofficier des Beurlaubtenstandes im Kriege bedürftigen Dienstfertigkeit.

Bei den zur Fachausbildung von Militärärzten in allen Staaten getroffenen Einrichtungen bildete früher — abgesehen von der Dienstkenntniss — die Kriegschirurgie den fast ausschliesslichen Lehrgegenstand. Seit der Mitte dieses Jahrhunderts kam die Gesundheitspflege hinzu, in welcher die Englische militärärztliche Schule zu Netley nicht nur die ärztlichen Fakultäten Grossbritanniens überragt, sondern auch ausserhalb dieses Landes als Muster einer medicinischen Lehranstalt gilt. Im letzten Jahrzehnte schloss sich an die Gesundheitslehre die Bakteriologie als selbstständige Disciplin an. — In Deutschland legt man bezüglich der militärärztlichen Fachbildung zur Zeit das Hauptgewicht auf die Fortbildungscurse, von denen solche für Assistenzärzte des Beurlaubtenstandes alljährlich an den Universitäten zu Bonn, Breslau, Freiburg, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Königsberg, Marburg, Rostock, Strassburg stattfinden. Hieran nehmen auch Assistenzärzte des Friedensetats Theil. Ausserdem werden alljährlich drei Curse von je dreiwöchiger Dauer zu Berlin, München und Dresden abgehalten und zwar je einer für active Oberstabsärzte, Stabsärzte und Assistenzärzte. Lehrgegenstände sind dabei — ausser der Kriegschirurgie — innere Kriegsheilkunde, Gesundheitspflege, Bakteriologie und andere ausgewählte Gebiete der Medicin. Ferner sind noch vorhanden die Instructionscurse für einjährig freiwillige Aerzte und Unterärzte, die Commandos an wissenschaftliche Anstalten zur Ausbil-

dung von Specialisten, die im Sanitätsofficiercorps bestehenden fachwissenschaftlichen Vereine und Fachbüchereien, die amtlichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen u. s. w.

Zur Sicherstellung des Bedarfs an Militärärzten sahen sich fast alle grösseren und viele kleineren Staaten zu besonderen Maassnahmen genöthigt. Meist gründete man besondere militärärztliche Schulen, oder man zahlte an Studirende der Heilwissenschaft, welche sich zu mehrjährigem Dienste verpflichteten, einmalige oder fortlaufende Geldbeträge. Das Ergebniss dieser Einrichtungen war meist unbefriedigend. Die besonderen militärchirurgischen Bildungsanstalten, insbesondere in Deutschland und Oesterreich, erwiesen sich auf die Dauer im Vergleiche zu dem freien Universitätsstudium als minderwerthig. Die auf den meisten dieser Anstalten nebenbei ausgebildeten niederen Aerzte (Wundärzte, Aerzte II. Klasse, Officiers de santé) konnten den ärztlichen Bedarf des Landes höchstens quantitativ, nicht qualitativ, decken. (Ein klassisches Beispiel solch verkehrter Maassnahmen bot im vorigen Jahrhunderte die medicinische Abtheilung der hohen Karlschule zu Stuttgart.) — Die erwähnte Gewährung von baaren Geldbeträgen an Universitätsstudirende ergab einen grossen Theil Misserfolge durch Tod, Nichtbestehen von Prüfungen oder heimlichen Verzug der Unterstüzten. Wirksamer erwies sich die in Berlin durchgeführte Verschmelzung der militärärztlichen Bildungsanstalten mit der Universität und Beschränkung auf gemeinsames Wohnen unter einer gewissen Aufsicht über den Studiengang. In Frankreich versuchte man, Studirende der medicinischen Facultäten gegen Uebernahme der Studienunkosten und Unterstellung unter die Militärgerichtsbarkeit in den Garnisonlazarethen praktisch auszubilden.

Im Königreich Sachsen werden anstatt der Unterstützung Studirender an bereits approbirte und zu Sanitätsofficieren ernannte Aerzte gegen Uebernahme von Dienstverpflichtung Geldbeträge ausgezahlt. Dabei hatte man fast keine Verluste und konnte unter den Bewerbern nicht so leicht fehlgreifen.

In zahlreichen Culturstaaten bestehen sogenannte Altersgrenzen, über welche hinaus die betreffenden Militärpersonen nicht im Dienste verbleiben können. Neben der Altersgrenze sind in manchen Heeren noch Tüchtigkeitsvorschriften bezüglich der Erhaltung der Sehschärfe bei älteren Aerzten vorhanden.

b) Apotheker.

Man begegnet neuerdings häufig einer Unterschätzung der Wichtigkeit eines zuverlässigen pharmaceutischen Dienstes im Kriege und demzufolge auch beim Friedensheere. Es zeigten jedoch die Erfahrungen im Nordamerikanischen Secessionskriege, insbesondere der sich anschliessende Process Hammond, die Unerlässlichkeit eines wohl eingerichteten Apothekerwesens für jede grössere Armee und die Unthunlich-

keit, ein solches durch Improvisationen zu ersetzen. In der That haben auch sämtliche Friedensheere Pharmaceuten, die häufig zum Sanitäts-corps gehören und in den höheren Stellen den Rang von Officieren, bezw. Stabofficieren, bekleiden. In Deutschland stehen die Apotheker ausserhalb des Sanitätscorps als Militärbeamte. Auch war ihre Zahl in Preussen früher sehr gering, so dass der pharmaceutische Dienst fast durchweg durch solche Apotheker versehen wurde, welche noch in der Ableistung ihrer Wehrpflicht begriffen waren. Diese erhielten dafür das Recht, ohne Waffe als einjährig freiwillige Pharmaceuten zu dienen. Erst 1872 wurde jedem Armeecorps ein Corpsstabsapotheker zugetheilt. Ein einziger derartiger Beamter reichte aber für die grösseren Garnisonlazarethe, das Rechnungswesen, die pharmaceutische Aufsicht der auswärtigen Garnisonen und die Beschaffung der Heil- und Verbandmittel des gesammten Corpsbereichs, die Untersuchung von Gebrauchsgegenständen und für die Verwaltung der Kriegsvorräthe kaum aus, auch gab es im Falle der Erkrankung oder Beurlaubung keinen Stellvertreter. Hierzu kam in den letzten Jahrzehnten eine umfangreiche hygienische Arbeit, insbesondere die Nahrungsmitteluntersuchung. Dem entsprechend wurde der Corpsstabsapotheker durch die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 85, 3) Vorstand der chemischen Abtheilung der Untersuchungsstation am Sitze des Sanitätsamtes. Da zu allen diesen Obliegenheiten, über welche der erste Abschnitt des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung das Nähere festsetzt, die Heranziehung von einjährig freiwilligen Apothekern aus nahe liegenden Gründen unzureichend erscheint, so nahm man neuerdings eine Verdoppelung der mit Gehalt dienenden 21 Pharmaceuten vor und stellte für jedes Armeecorps einen Garnisonapotheker an.

Die Ausbildung der Militärapotheker wird in Deutschland durch § 18 des Abschnittes 2 des vorerwähnten Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung vorgeschrieben und beschränkt sich auf allgemeine Dienstverhältnisse, den Dienst in den Friedens- und Kriegslazarethen, die Rechnungslegung, die Verwaltung der Vorräthe, sowie auf die für den Krieg vorgeschriebenen und die im Frieden bei der Militärverwaltung üblichen chemischen Untersuchungsmethoden. Ueber die Unterrichtsgegenstände werden schriftliche Arbeiten angefertigt, auch vierteljährlich je 10 Wasseranalysen von Jedem ausgeführt. — Ausgeschlossen bleibt der Unterricht in pharmaceutischer Technik und im Dienste bei Feldlazarethen. (Seit einigen Jahren erhalten die einjährig freiwilligen Apotheker Gelegenheit, sich im Verwaltungsdienst der Feldlazarethe zu unterrichten und dadurch Aussicht auf die höher bezahlten Stellen von Inspectoren und Rendanten bei Kriegssanitätsformationen zu erlangen.)

Im Oesterreich-Ungarischen Heere gehören die Apotheker nicht zur Sanitätstruppe, sondern sind Militär-Medicamenten-Beamte. Dazu zählen ausser einem Director: Verwalter, drei Classen Officiale, Accessisten. Der Friedensbestand betrug 1894 einschliesslich des Occupationsgebiets: 75 Beamte. Sie ergänzen sich aus unverheiratheten Ac-

cessisten der Reserve und Landwehr. Diejenigen einjährig freiwilligen Pharmaceuten, welche Magister der Pharmacie sind, dienen als Medicamenten-Praktikanten.

c) Beamte.

Die für die Krankenversorgung im Heere erforderlichen Beamten zerfallen in Deutschland in obere und untere; beide gehören zu den Civilbeamten der Militärverwaltung. Zu ersteren zählen die Lazarethoberinspectoren, Lazarethverwaltungsinspectoren, alleinstehende und nicht allein stehende Lazarethinspectoren. Sie sind sämmtlich lebenslänglich angestellt. Die nur auf Kündigung dienenden Unterbeamten zerfallen in Civilkrankenküster, Hausdiener, Maschinisten und Heizer. Nicht zu den Beamten, sondern zu den Unterofficieren gehören in Deutschland die Lazarethrechnungsführer. Ueber die Einzelheiten, welche für den Zweck dieses Werkes belanglos sind und Bezugnahme auf das Heeresbeamtenwesen überhaupt erfordern, bestimmen die Abschnitte 5 und 6 des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung das Nähere. Ueber die Krankenküster und Hausdiener vergleiche weiter unten (Seite 302 und 304 dieses Bandes).

d) Lazarethgehülfen.

Das dem Deutschen Heere eigenthümliche Institut der Lazarethgehülfen errichtete man in Preussen 1832 als das der Chirurgengehülfen zu dem Zwecke, ärztliche Handlanger bei den niederen chirurgischen Dienstverrichtungen und in der Krankenpflege zu gewinnen und so dem im Frieden mehr und mehr fühlbaren Mangel an Hülfssärgen abzuheben, auch für den Krieg zur Unterstützung der Aerzte geeignete Leute heranzubilden. Die Lazarethgehülfen sind zur Zeit ihrer Zahl und Thätigkeit nach der Hauptbestandtheil des Krankenpflegepersonals des Heeres. Sie zählen etatsmässig zu den Truppentheilen und werden zu Krankenhäusern nur befehligt. Ihre allgemeinen Dienstverhältnisse und Obliegenheiten bestimmen der 1. und 2. Abschnitt des „Unterrichtsbuch für Lazarethgehülfen“ vom 17. Juli 1886, sowie der 3. Abschnitt des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung. Die Ergänzung geschieht ausschliesslich aus solchen activen Mannschaften, welche bereits etwa ein Jahr mit der Waffe gedient haben und hinreichende Volksschulbildung besitzen. Ausserdem werden Studenten der Medicin, welche nach halbjährigem freiwilligen Waffendienste zur Reserve des Sanitätscorps entlassen sind, zu Lazarethgehülfen ernannt; diese werden jedoch als solche im Frieden zu keinerlei Dienstleistungen einberufen, sondern entweder nach erlangter Approbation zum halbjährigen freiwilligen Dienste als Arzt oder ohne Approbation zu einem weiteren halbjährigen Waffendienste eingestellt.

Die Ausbildung der Lazarethgehülfen erfolgt nach den Bestimmungen der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung in der seit 1890 im Garnisonlazarethe am Sitze des Divisionskommandos versuchsweise eingerichteten Lazarethgehülfenschule.

Der Unterricht umfasst Schreiben, Rechnen, Dienstkunde, Verbandtechnik, Improvisationen, Revierdienst und Krankenpflege. Nach halbjähriger Unterweisung erfolgt die Prüfung zum Unterlazarethgehülfen und im Falle des Nichtbestehens nach weiteren zwei Monaten die Zurückstellung in den Frontdienst.

Die Fortbildung findet garnisonweise im Lazarethe durch Unterrichtsstunden statt, welche für die Unterlazarethgehülfen mindestens zweimal, für Lazarethgehülfen einmal in der Woche abgehalten werden. Die aus dem Beurlaubtenstande zu Uebungen Herangezogenen erhalten gemeinsam Unterweisung über ausgewählte Abschnitte des Unterrichtsbuchs. Die nach abgeleiteter Dienstpflicht freiwillig weiter dienenden Capitulantanten werden ausserdem in der Capitulantenschule des Truppentheils in Schreiben, Lesen, Rechnen, Geographie und Geschichte unterwiesen. Die praktische Ausbildung in der Krankenpflege erfolgt hauptsächlich beim Kommando in das Lazareth. Weitere Ausbildungen geschehen im Krankenträgerdienste, ferner bei geeigneten Leuten in der Lazarethverwaltung oder als Rechnungsführer oder in der Lazarethapotheke. — Seit 1899 ist im deutschen Heere (und der Kriegsflotte) die Bezeichnung: „Lazarethgehülfe“ abgeschafft worden. Dafür heisst der bisherige Lehrling: „Sanitätssoldat“, der Unterlazarethgehülfe: „Sanitätsgefreiter“, der Lazarethgehülfe: „Sanitätsunterofficier“, der Oberlazarethgehülfe ohne Portepe: „Sanitätssergeant“, mit Officiersportepe: „Sanitätsfeldwebel“. Diese Abänderung wurde in den Vorschriften noch nicht im Einzelnen durchgeführt; es ist deshalb in diesem Abschnitte allenthalben die frühere Bezeichnung gebraucht worden.

In Frankreich entspricht dem Deutschen Lazarethgehülfen der Reviergehülfe (infirmier), in Italien die infirmieri. Oesterreich hat dafür den als Sanitätsrekruten ausgehobenen Bandagenträger und den Sanitätsgehülfen. — Am meisten sollen den Deutschen Lazarethgehülfen die Russischen Feldscheerer ähneln. Doch ist deren Wirksamkeit entsprechend ihrer andersgestalteten Ausbildung umfangreicher. Letztere geschieht nach einer Vorprüfung in einem Progymnasium durch einen dreijährigen Unterricht in einer Feldscheererschule, deren Alexander II. je eine zu St. Petersburg 1869, Moskau 1870 und Kiew 1871 errichtete.

e) Wärter.

Die Militär-Krankenwärter wurden in Preussen durch die Kabinettsordre vom 29. April 1852 dazu geschaffen, um für die Feldlazarethe mit der Krankenpflege vertraute Leute zu erlangen. Da sich die Einrichtung auch für den Frieden nützlich erwies, so suchte man allmählig den Bedarf der Garnisonlazarethe an Wartepersonal thunlich durch Militärkrankenwärter zu decken und diese nach und nach gänzlich an die Stelle der Civilwärter treten zu lassen. Dies ist zur Zeit ziemlich durchgeführt. — Die Dienstverhältnisse der Deutschen Militärkrankenwärter ergeben sich aus dem 4. Abschnitte des Anhangs zur Friedens-Sanitäts-Ordnung, ihre mit den Zivilkrankenwärttern gemeinsame Dienst-anweisung findet sich als Beilage 20 zu § 88, 7 derselben Ordnung

abgedruckt. Neben der Krankenpflege haben sie in denjenigen Krankenhäusern, bei welchen Hausdiener fehlen, einige von deren Obliegenheiten, wie Heizen und Holzzerkleinern, mit zu besorgen. Bezüglich der Ausbildung der Militärkrankwärter ist zu beachten, dass sie die einzigen zum Sanitätsdienste ausgehobenen Leute sind. Sie werden deshalb zunächst militärisch unterwiesen und zwar sechs Wochen lang bei einem durch das Generalcommando bestimmten Truppentheile ihrer Garnison oder vom Polizei-Unterofficier oder von einem Lazarethgehilfen des Lazareths. Der Unterricht in der Krankenpflege dauert in der Regel sechs Wochen und wird meist von denjenigen Sanitätsofficieren ertheilt, welche die Lazarethgehilfen unterrichten. Jeder Militärkrankwärter erhält neben der Dienstweisung das „Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen“. — Zur Sicherung des Bedarfs des Kriegsheeres wird nur einem Viertel der Militärkrankwärter das freiwillige Weiterdienen im Frieden erlaubt. Mit der Waffe dienende Mannschaften des activen Dienststandes, jedoch nicht einjährig Freiwillige, dürfen sich im Frieden zum Krankenwärterdienste melden. Auf höchstens 25 Köpfe der Normalkrankenzahl kommt etatsmässig ein Wärter.

Ueber die Dienstverhältnisse der Civilkrankwärter der Militärlazarethe bestimmt § 49 des Anhanges zur „Friedens-Sanitäts-Ordnung“ das Nähere. Diese Leute werden mehr als die für den Feldsanitätsdienst bestimmten Militärkrankwärter mit wirthschaftlichen Arbeiten beschäftigt und deshalb (nach § 88, 5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung) nur ausnahmsweise zu Krankenwachen, auch stets nur von Mittag bis Mitternacht, herangezogen. Die Anstellung erfolgt nach den „Grundsätzen für die Besetzung der Subaltern- und Unterbeamtenstellen“ aus Militäranwärtern auf eine halbjährige Probezeit und darnach auf sechswöchentliche Kündigung.

Bei den fremden Heeren, welche auf allgemeiner Wehrpflicht beruhen, werden die Krankenwärter meist durch Aushebung gewonnen; hie und da verwendet man hierzu Leute solcher Secten, welche den Waffendienst aus religiösen Gründen verweigern. Bisweilen entnimmt man die Krankenwärter grundsätzlich dem Train, oder wo dieser, wie in Norwegen, im Frieden fehlt, der Linie. Auch aus activen Unterofficieren entnehmen manche Heere den Wärter-Ersatz.

f) Träger.

Zum Wegtragen der Verwundeten und zur ersten Hilfe im Gefechte bedarf das Heer Träger, über deren Ausbildung im Frieden die Meinungen wesentlich auseinandergehen. Auf der Erfahrung fussend, dass bei manchen Gefechten die kämpfende Truppe keine oder nur wenige Verwundete hat, bestimmte man die Krankenträger zwar bereits im Frieden und bildete sie im Einzelnen als solche aus, entnahm sie aber, wie dies in Deutschland noch geschieht, den mit der Waffe dienenden Mannschaften und liess sie, soweit sie sich bei der Truppe befanden und solange sie als Träger unbeschäftigt blieben, mit der Waffe kämpfen. — Nun gehen aber die meisten Träger durch Verwendung bei den Sanitäts-

Detachements u. s. w. für die Truppe überhaupt verloren und auch die bei letzterer verbleibenden müssen bei der heutigen zerstreuten Gefechtsweise (nach § 3, 2 der Krankenträgerordnung vom 21. December 1887) schon vor dem Beginne des Gefechts herangezogen werden, damit sie bei Bedarf überhaupt für den Verwundetendienst verfügbar sind. Es treten also auch die Truppenkrankenträger (Hilfskrankenträger) in der Schlacht fast nie als Streitende in Thätigkeit.

Aus letzterem Grunde hebt man bei manchen Heeren, wie z. B. in Oesterreich, die Bessirtenträger als solche aus und stellt sie von vornherein in die Sanitätstruppe ein, wodurch man die Infanterie der Mühe überhebt, Leute unnöthig mit der Waffe auszubilden. In England unterstellt man die Träger in dem Army hospital corps sogar Officieren, welche eigens als Lieutenants of orderlies in Krankenhausverwaltung, Pharmazie und Krankentransport sowohl unterrichtet als auch geprüft worden sind und bis zum Captain aufrücken können.

In Deutschland werden, wie (Seite 296) bereits erwähnt, die Krankenträger zur Krankenversorgung im Frieden nach § 7, A, 4 der Friedens-Sanitäts-Ordnung grundsätzlich nicht verwandt; es fällt deshalb auch die Besprechung der Krankenträger-Ausbildung unter Abschnitt V 1 b der II. Abtheilung dieses Bandes.

g) Hausdiener.

Zur Besorgung der Hausarbeit war in den preussischen Militärkrankenhäusern von 61 bis 250 Kranken ein Hausknecht etatsmässig, in grösseren Lazarethen deren zwei. Die Friedens-Sanitäts-Ordnung (§ 165, 2) gestattet dafür, dass in Lazarethen für mehr als 40 Kranke zum Heizen, zur Besorgung der Brennstoffe, zur Zimmer- Treppen- u. s. w. Reinigung Hausdiener angestellt werden, welchen (nach § 76, 2 des Anhangs) eine besondere Dienstanweisung zu ertheilen ist.

h) Hilfsmannschaft, Freiwillige, Geistliche.

Bei ausgedehnten Seuchen, insbesondere beim Auftreten der Grippe, macht sich bisweilen die Heranziehung von solchen Mannschaften erforderlich, welche im Krankendienste nicht ausgebildet sind. — Auch werden hie und da Wärter der freiwilligen Krankenpflege-Gesellschaften in Militärlazarethen unterwiesen. Endlich findet nach § 9, 5 der Friedens-Sanitäts-Ordnung in grösseren Lazarethen eine Ausbildung von freiwillig sich meldenden Geistlichen des Beurlaubtenstandes statt.

Diese Ordnung (§ 240, 2) gestattet die Annahme von „Hilfs-Unterspersonal“ gegen ortsüblichen Tagelohn; es dürfte sich dies auch auf Civilkrankenwärter beziehen, während Civil-Heildiener in der Regel nur für Kriegslazarethe in Frage kommen, und die Einstellung von Mannschaften als Hülfswärter (§ 87, 4; Anhang § 34, 5*) untersagt ist.

i) Weibliche Personen.

Bereits die Heere der Landsknechte verwandten die weibliche Hilfe der Soldatenfrauen und „Hurn“ mit Nutzen zur Pflege der Verwundeten. In der neueren Zeit beschränkte sich die Frauenthätigkeit im Kriege nicht auf Pflege und Wartung, sondern suchte sich auf die Leitung des Krankenwesens und sogar auf die militärärztliche Thätigkeit selbst zu erstrecken. Aus dem Deutsch-Französischen Feldzug 1870/1 behauptet eine Frau, (Marie Simon, Erfahrungen auf dem Gebiete der freiwilligen Krankenpflege, Leipzig 1872, Seite 295) dass sie in Feldspitälern transportfähige Kranke ausgewählt habe; im serbisch-türkischen Kriege 1876 wird von Weibern als Aerztinnen im Premierlieutenants-Ränge und sogar von einer alten Frau als „Abtheilungs-Chefarzt“ (v. Fillenbaum, Aphorismen, Streffleur's Oesterreichische militärische Zeitschrift, 1877) berichtet. — Ein Versuch, den Russland mit weiblichen Militär-Aerzten im Kaukasus machte, zeigte ein unbefriedigendes Ergebniss. In den Vereinigten Staaten von Nordamerika, wo den Frauen mehr, als irgendwo, Berufszweige offen stehen, stellte man bis 1898 nicht nur keine Militär-ärztinnen ein, sondern hielt während des Secessionskrieges sogar weibliche Krankenpflege bei den Krankenhäusern des Heeres für ungeeignet. Erst im erwähnten Jahre gelang es während des Krieges gegen Spanien Frauen Einstellung als Aerztinnen im Heere zu erlangen. An Bestrebungen der Doctrices und Aerztinnen, im Heere Verwendung zu finden, wird es voraussichtlich auch bei künftigen Kriegen nicht fehlen; für die Friedensheere kommt die weibliche Thätigkeit zur Zeit nur hinsichtlich der Krankenpflege und -wartung und der Wirthschaft in Betracht.

Die Friedens-Sanitäts-Ordnung führt ausser den Krankenpflegerinnen von weiblichen Hilfskräften Flickfrauen (§ 165, 4; 190, 2; 240, 3 Anmerkung), Waschweiber (ebenda und 191,2) und Köchinnen (§§ 202, 3; 205, 4; 239; 7. Abschnitt des Anhangs) an, auch wird gestattet, dass Frauen der Unterbeamten (§ 190, 3) gegen Tagelohn mit Ausbesserung und Reinigung der Lazarethwäsche beschäftigt werden. — Krankenpflegerinnen geistlicher Genossenschaften werden (nach den in der Beilage 18 zu § 87,3 angeführten „Gesichtspunkten“) nur in Lazarethen von mehr als 100 Kranken zugelassen. Der Dienst dieser Pflegerinnen richtet sich nach der mit der Genossenschaft getroffenen Vereinbarung (§ 88, 8), desgleichen die Beköstigung (§ 205, 3) und Bezahlung (§ 238). Ueber die Ausbildung der Krankenpflegerinnen besteht keinerlei Vorschrift.

Anhang.

Die auf die Krankenversorgung im deutschen Heere bezüglichen Vorschriften.

NB. Die Sonderverfügungen, welche nur auf eine Einzelheit Bezug nehmen und im Texte ausführlich angezogen werden, blieben in nachstehender Uebersicht weg. In dieser bedeutet: F. S. O. = Friedens-Sanitäts-Ordnung vom 16. Mai 1891, K. S. O. = Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
A	Meldung von Erkrankungen.	254	F. S. O. § 15.	Führung der Kranken zum Revierdienst.
B	Aerztliche Untersuchung.	255	„ § 16, 4.	Der Revierdienst findet in der Regel nicht in der Revierkrankenstube statt.
do.	do.	„	„ § 14, 4.	In kleinen Garnisonen kann der Revierdienst im Lazareth gethan werden.
do.	do.	„	„ § 14, 3.	Ausstattung der Revierstube.
do.	do.	„	„ Beilage 12 zu § 64.	Nachweisung der im Militärlazareth Aufzunehmenden.
do.	do.	256	„ § 15, 2.	Revierbehandlung einjährig Freiwilliger.
do.	do.	„	„ § 17, 2.	Arznei- und Verbandmittel-Verrechnung für einjährig Freiwillige.
do.	do.	„	„ § 120.	Verrechnung chirurgischer Apparate, künstlicher Glieder und dergl.
do.	do.	„	„ § 119, 3.	Verabreichung von ärztlichem Sanitätsmaterial zur ersten Hülfe an Civilisten.
C	Revier.	„	„ § 12, 2.	Ueberweisung ins Revier (unter Befreiung vom Dienste) oder Lazareth.
do.	do.	„	„ Beilage 10, Muster a, 7. Bemerkung.	Begriff: „revierkrank“.
do.	do.	257	F. S. O. § 14, 2.	Beginn des täglichen Revierdienstes.
do.	do.	„	„ § 27, 2*** Anmerkung 2.	Verlegung der Krätzigen beim Unterkunftswechsel ins Krankenhaus.
do.	do.	„	Garnison-Gebäude-Ordnung, 1. Theil, vom 19. Dec. 1889. — § 29.	Zahl, Grösse, Lage, Beschaffenheit und Einrichtung der Revierkrankenstube.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 3, 3 zu § 16, 1.	Ausstattung u. s. w. der Revierkrankenstube.
D	Krankenbeförderung.	259	„ § 67.	Ueberführung der Kranken nach dem Lazareth.
do.	do.	„	„ Beilage 37 zu § 175, 3; B, 82.	Beschreibung der Krankenfahrbahre.
do.	do.	„	Ebenda 337, Nachtrag I, No. 160.	Beschreibung der Todtentrage.

A b s c h n i t t			V e r f ü g u n g	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, a	Krankenhaus, Schriftthum.	260	F. S. O. III. Theil, §§ 41 bis 317.	Lazarethdienst.
E, c	Baustelle.	262	F. S. O. § 1, 3 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Anforderungen an den Untergrund des Krankenhauses.
E, d	Grösse.	„	F. S. O. § 42.	Bedarf an Garnisonlazarethen, Berechnung des Umfanges.
do.	do.	„	„ § 45.	Unterbringung in Civilheilanstalten.
do.	do.	263	„ § 43.	Hilfslazarethe.
E, e	Krankengebäude.	„	„ §§ 2—6, sowie 11 u. 12 der Beilage 11.	Grundsätze für den Neubau von Kranken- gebäuden, Pavillons u. s. w.
E, f	Krankenzimmer.	264	Ebenda §§ 13—17.	Krankenzimmer.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 36 zu § 175, 1.	Etat an Wirthschaftsgeräthen für Gar- nisonlazarethe.
E, g	Baracke.	265	„ § 46, 3.	Krankenbaracke für Ortslazarethe.
do.	do.	„	K. S. O. Anlage § 65.	Noth- oder Zeltbaracke.
do.	do.	„	Ebenda Anlage § 66.	Kriegsbaracke mit Abbildung auf Blatt II.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 11a zu § 43, 2.	Transportable Lazarethbaracken (ver- bessertes Döcker'sches System) mit Ab- bildung, Grundriss, Längsschnitt u. s. w.
E, h	Nebenräume.	„	„ § 106.	Ankauf von Arznei u. s. w. im Verdin- gungswege.
do.	do.	„	„ § 99.	Zweck des Sanitätsdepot.
do.	do.	„	„ § 105.	Festungslazarethdepot.
do.	do.	267	„ Absatz 3d der Beilage 18 zu § 87, 3.	Lazarethwohnungen der Pflegerinnen.
do.	do.	„	F. S. O. § 190, 3; 191, 2. Anmerkung.	Beschäftigung der Beamtenfrauen gegen Tagelohn.
do.	do.	„	§ 11 der Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhanges zur F. S. O.	Unterrichtsraum der Lazarethgehilfen- schule.
do.	do.	268	F. S. O. § 85.	Hygienisch-chemische Untersuchungs- station.
do.	do.	„	„ Beilage 26A. Vor- bemerkung 11, 1b, IIb; C.	Etat der hygienisch-chemischen Unter- suchungsstation.
do.	do.	„	F. S. O. Anhang § 10.	Hygienische und chemische Unter- suchungen.
do.	do.	„	„ § 27 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Zimmer für die hygienisch-chemische Untersuchungsstation.
do.	do.	„	F. S. O. § 124.	Lazarethbibliothek für Kranke.
do.	do.	„	1. Nachtr. vom April 1896 zur F. S. O. (No. 41).	Aerztliche Bibliothek in jedem Korps- bezirke.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, i	Krankenhaus, Küche, Waschanstalt, Abfallbeseitigung.	268	F. S. O. § 8 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Lazarethwirthschaftsräume.
do.	do.	„	Ebenda § 19, 2.	Lazarethlatrinen.
do.	do.	„	Desgleichen § 18—20.	Latrinen, Uriniranlagen, Spülbecken.
do.	do.	„	F. S. O. § 3 der Beilage 34 zu § 140, 4.	Geruchverbessernde Mittel und deren Verwendung.
E, k	Hof, Garten, Einfriedigung.	269	F. S. O. § 41, 1 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Einschränkung der Wege und Höfe.
do.	do.	„	F. S. O. § 142, 3.	Schutz der Gartenanlagen vor Verunreinigung und Beschädigung.
do.	do.	„	„ § 174.	Behandlung und Benutzung des Gartens.
do.	do.	„	„ § 38, 6 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Hydranten gegen Feuersgefahr und zur Gartenbesprengung.
do.	do.	„	F. S. O. § 41, 3 bis 41, 7 der Beilage 11.	Art der Gartenanlagen; Wäschetrockenplatz; Garten der Aerzte und Beamten; Gartenentwurf.
do.	do.	„	Garnison-Gebäude-Ordnung, 1. Theil, vom 19. Dec. 1898, § 39.	Verbot, an Umzäunungen Vorrichtungen zum Zwecke der Verletzung bei unbefugtem Uebersteigen anzubringen.
E, l	Bad.	270	F. S. O. Beilage 4 zu § 17, 4.	Bade- und Brunnenkuren.
E, m	Irrenanstalt, Siechenhaus.	271	„ § 131, 1.	Abgabe von Kranken an das Irrenhaus.
do.	do.	„	Pensionsgesetz vom 27. Juni 1871; § 64.	Aufnahme in Invalideninstitute als Invalidenversorgung.
do.	do.	„	Dasselbe § 78.	Invalideninstitute, Invalidenhäuser und Invalidencompagnien. — Aufnahme, Entlassung.
E, n	Geneshaus, Seuchenhaus.	272	F. S. O. § 5, 4 der Beilage 11 zu § 42, 5.	Tageraum in zweigeschossigen Pavillons.
do.	do.	„	F. S. O. § 121, 4.	Aufenthalt nicht bettlägeriger Kranker und Beschäftigung Genesender im Garten oder in der Landwirthschaft.
do.	do.	„	„ Absatz 3 der Vorbemerkungen zu Beil. 36.	Tische und Stühle der Reconvallescentenstuben.
do.	do.	„	F. S. O. § 152, 4.	Seuchenlazareth.
E, o	Ortslazareth,	273	„ § 21, 2.	Unterbringung Kranker bei grösseren Uebungen und auf Schiessplätzen.
do.	do.	„	„ § 175, 5.	Ausstattung der Hilfs- und Ortslazarethe.
do.	do.	„	„ § 46.	Einrichtung, Auflösung u. s. w. der Ortslazarethe.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, o	Krankenhaus, Ortslazareth.	273	F. S. O. § 47.	Schiessplatzkrankenhaus.
E, p	Festungslazareth.	274	„ § 105.	Material der Festungslazarethe.
do.	do.	„	„ § 115, 3.	Prüfung und Reinigung der ärztlichen Instrumente der Festungslazarethe.
do.	do.	„	„ § 185, 3.	Aufbewahrung überzähliger Geräthe der Festungslazarethe.
do.	do.	„	„ § 189, 3.	Auffrischung der Wäsche der Festungs- lazarethdepots.
do.	do.	„	„ § 273, 4.	Buchführung über das Material der Festungslazarethdepots.
do.	do.	„	„ § 280.	Verrechnung der Unterhaltungskosten desselben Materials.
do.	do.	„	„ § 301, 2.	Verfahren mit den Abrechnungen der Festungslazarethdepots.
do.	do.	„	„ § 310.	Besichtigung der Festungslazarethdepots durch den Corpsarzt.
do.	do.	„	„ § 43, 1 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Feuer- und bombenfeste Einrichtung der Festungslazarethe.
do.	do.	„	Ebenda § 1, 5.	Abweichung von den Vorschriften über Grösse des Lazarethbauplatzes bei Festungen.
do.	do.	„	Reglement für die Frie- denslazarethe vom 5. Juli 1852; § 59 der Beilage F zu § 120.	Bombensicherheit der Festungslazarethe.
do.	do.	„	F. S. O. § 13, 1 der Bei- lage 11 zu § 42, 5.	Luftraum, Höhe und Bodenfläche der Krankenstuben.
do.	do.	„	K. S. O. Beilage d zu § 30, 1.	Convention, betreffend die Linderung des Looses der verwundeten Militärper- sonen vom 22. August 1864, nebst Zu- satzartikeln vom 20. October 1868.
E, q	Krankenkost.	275	F. S. O. Beilage 14 zu § 84, 1.	Beköstigungsvorschriften für die Frie- denslazarethe.
do.	do.	„	„ § 203, 3.	Bestimmung der Stunde der ausser- gewöhnlichen Verpflegung durch den Chefarzt.
E, r	Kranken- kleidung.	276	F. S. O. A 1 bis 31 der Beilage 36 zu § 175, 1.	Etat an Wäsche und Kleidungsstücken für Garnisonlazarethe.
do.	do.	„	F. S. O.; A 2 der Bei- lage 37 zu § 175, 1.	Beschreibung der Pantoffeln für Garni- sonlazarethe.
E, s	Krankenhaus, Leitung.	„	Preussische Cabinets- Ordre vom 24. Oct. 1872.	Einführung von Chefarzten in die Frie- denslazarethe.

Abschnitt			V e r f ü g u n g	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
E, s	Krankenhaus, Leitung.	277	Preussische Cabinets- Ordre vom 6. Februar 1873 nebst Ausführ- ungsbestimmungen vom 9. April 1873.	Organisation des Sanitätscorps.
do.	do.	„	F. S. O. § 59.	Dienstbereich des Chefarztes.
do.	do.	„	„ § 74, 3.	Befreiung des Chefarztes vom Stations- dienste in Lazarethen über 100 Kranke.
do.	do.	„	„ § 57, 1.	Wechsel des Chefarztes.
E, u	Aufsicht.	279	„ § 169, 2.	Jahresberichte der Chefärzte über ge- sundheitswidrige Bauverhältnisse.
do.	do.	„	„ § 48.	Ressortverhältniss der Militärlazarethe zur Medicinalabtheilung des preussi- schen Kriegsministeriums.
do.	do.	„	„ § 50, 1.	Verwaltung der Militärlazarethe durch das Sanitätsamt und die Intendantur des Armeecorps.
E, v	Bauentwurf.	„	„ § 42, 5.	Grundsätze für den Neubau von Garni- sonlazarethen.
do.	do.	„	„ Beilage 11 a zu § 43, 2.	Siehe zu Seite: 264.
F	Kranken- berichte.	280	„ Beilage 10 zu § 33, 1.	Anweisung zur regelmässigen ärztlichen Berichterstattung (mehrfach abgeändert).
do.	do.	„	„ Beilage 24 zu § 91, 1.	Tagesrapport des Garnisonlazareths.
do.	do.	„	„ Beilage 22 zu § 89, 4.	Stationskrankenliste.
do.	do.	281	„ Beilage 23 zu § 90, 1.	Krankenblatt.
do.	do.	„	Anlage zu dieser Beilage.	Fiebertafel.
G	Statistik.	282	F. S. O., 4. Bemerkung zu Muster a in Beilage 10 zu § 33, 1.	Berichte über Uebungsmannschaften (ab- geändert).
do.	do.	283	F. S. O. Nachtrag I vom April 1896, No. 28.	Berechnung der Normalkrankenzahl.
H	Krankendienst bei Uebungen.	290	F. S. O. § 16, 5.	Dienstverrichtungen des Lazarethgehülfen der Revierkrankenstube.
do.	do.	„	„ § 18, 5.	Ausgabe von Verbandpäckchen bei Uebungen in der Garnison.
do.	do.	„	„ Beilage 26; B, c, 164.	Inhalt des Rettungskastens der Schwimm- anstalt.
do.	do.	„	„ § 18, 1.	Lazarethgehülfendienst beim Schwimmen.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
H	Krankendienst bei Uebungen.	290	F. S. O. § 19.	Sanitätsdienst bei Uebungen ausserhalb der Garnison.
do.	do.	„	K. S. O. Beilage 5 zu § 63.	Medicinish-chirurgischer Etat (vielfach abgeändert).
do.	do.	291	F. S. O. § 47, 3 * Anmerkung.	Krankswagen des Artillerieschiessplatzes.
do.	do.	„	„ § 19, 11.	Krankswagen bei Truppenübungen.
do.	do.	„	„ § 20, 6.	Vorspannwagen für Kranke bei Truppenübungen.
do.	do.	„	„ § 21, 3 bis 5.	Abgabe Kranker an die Ortsbehörde.
I, b	Besonderer Krankendienst. Geisteskranke.	293	Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen vom 17. Juli 1886, § 228 u. 229.	Irrenpflege.
do.	Seuchen.	„	F. S. O. § 154.	Kranke mit ansteckenden Leiden.
I, d	Gefängnisse.	294	„ § 12, 1 * Anmerkung.	Revierdienst in Strafanstalten.
I, e	Militärische Werkstätten.	„	„ § 4, 5.	Unentgeltliche Behandlung verunglückter Civilarbeiter der Heerverwaltung von der 14. Woche ab.
do.	do.	„	„ Ziffer 15 der Erläuterungen zu Beilage 14.	Ausgabe von Stärkungsmitteln von den Garnisonlazarethen an im Heeresdienste verunglückte Civilarbeiter.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 12, c 19 zu § 64.	Aufnahme verunglückter Arbeiter der Heeresverwaltung in Militärlazarethe.
do.	do.	295	„ § 37.	Aerztlicher Dienst bei Anstalten ohne etatsmässiges Sanitätspersonal.
I, f	do.	„	„ § 35, 3.	Aerztlicher Dienst bei Bezirkscommandos.
I, g	Familien.	„	„ § 12, 7.	Aerztliche Behandlung kranker Soldatenfrauen und -kinder.
do.	Bezirkscommandos.	„	„ § 31.	Dasselbe.
I, h	Officiere.	„	„ § 4.	Aerztliche Behandlung kranker Officiere und Obermilitärbeamter.
do.	do.	„	„ Beilage 12 zu § 64.	Nachweisung der in Militärlazarethe Aufzunehmenden.
K	Ausbildung.	296	„ § 7, A. 4.	Krankenträger treten erst im Kriege in Thätigkeit.
K, a	Arzt.	297	Preussische Cabinetsordrev. 6. Februar 1873.	Siehe Seite 277.
K, b	Apotheker.	300	F. S. O. § 85, 3.	Chemische Abtheilung der hygienisch-chemischen Untersuchungsstation.
do.	do.	„	„ 1. Abschnitt des Anhanges.	Corpsstabsapotheker.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
K, b	Ausbildung, Apotheker.	300	F. S. O. § 18 des 2. Abschnittes des Anhanges.	Unterricht der einjährig freiwilligen Militär-apotheker.
K, c	Beamte.	301	F. S. O. Abschnitt 5 u. 6 des Anhanges.	Lazarethbeamte und Rechnungsführer.
K, d	Lazarethgehilfen.	„	Preussische Cabinetsordre vom 17. März 1832.	Einrichtung des Instituts der Chirurgengehilfen.
do.	do.	„	Unterrichtsbuch für Lazarethgehilfen, 1. und 2. Abschnitt.	Dienstverhältnisse, Erfordernisse u. s. w. der Lazarethgehilfen.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 89 zu § 24, 1 des Anhanges.	Bestimmungen über die Ausbildung der Lazarethgehilfen.
K, e	Krankenwärter.	302	Preussische Cabinetsordre vom 29. April 1852.	Einrichtung des Instituts der Militärkrankenwärter.
do.	do.	„	F. S. O. Beilage 20 zu § 88, 7.	Dienstanweisung für die Krankenwärter in den Friedenslazarethen.
do.	do.	303	„ § 49 des Anhanges.	Lazarethunterbeamte.
do.	do.	„	„ § 88, 5.	Wachtdienst der Civilkrankenwärter.
K, f	Träger.	304	Krankenträger-Ordnung vom 21. December 1887, § 3, 1.	Ersatz und Frontdienst der nicht durch die Genfer Convention geschützten Hilfskranken Träger.
do.	do.	„	F. S. O. § 7, A, 4.	Siehe Seite 296.
K, g	Hausdiener.	„	„ § 165, 2.	Einstellung von Hausdienern in Lazarethen für mehr als 40 Kranke.
do.	do.	„	„ § 76, 2 des Anhanges.	Dienstanweisung der Hausdiener u. s. w.
K, h	Hilfsmannschaft etc.	„	„ § 9, 5.	Ausbildung von freiwilligen Geistlichen u. s. w. in grösseren Lazarethen.
do.	do.	„	„ § 240, 2.	Annahme des Hilfsunterpersonals gegen Tagelohn.
K, i	Weibliche Personen.	305	„ § 165, 4.	Annahme von Köchinnen, Wasch- und Flickfrauen.
do.	do.	„	„ § 190, 2.	Ausbesserung der Lazarethwäsche und Krankenkleider.
do.	do.	„	„ § 191, 2.	Reinigung der Krankenkleider und Lazarethwäsche.
do.	do.	„	„ § 240, 3 **Anmerkung.	Krankenversorgung der Waschweiber und Flickfrauen.
do.	do.	„	„ § 202, 3.	Unterstützung der Köchin durch Krankenwärter, Hausdiener und Genesende.
do.	do.	„	„ § 205, 4.	Beköstigung unverheiratheter Köchinnen.

Abschnitt			Verfügung	
Bezeichnung.	Ueberschrift.	Seite.	Bezeichnung.	Inhalt.
K, i	Ausbildung, Weibliche Personen	305	F. S. O. § 239.	Lohn der Köchinnen.
do.	do.	„	„ 7. Abschnitt des Anhanges.	Bedarf, Annahme, Gebühren, Pflichten und Entlassung der Köchinnen.
do.	do.	„	„ § 190, 3.	Beschäftigung von Beamtenfrauen gegen Tagelohn (siehe Seite 268).
do.	do.	„	„ Beilage 18 zu § 87, 3.	Zulassung von Pflegerinnen geistlicher Genossenschaften in Militärlazarethen.
do.	do.	„	„ § 88, 8.	Dienst der Pflegerinnen.
do.	do.	„	„ § 205, 3.	Beköstigung der Pflegerinnen.
do.	do.	„	„ § 238.	Kosten für Pflegerinnen.

Specielle Krankenversorgung.

V. Für Soldaten.

1. Beim Landheer.

b) Im Kriege.

Von

Stabsarzt Dr. **Neumann** in Bromberg.

Motto:
Daß sei dir unverloren
Fest, tapfer alle Zeit,
Verdien dir deine Sporen
Im Dienst der Menschlichkeit,
Rundum der Kampf aufs Messer
Lern du zu dieser Frist,
Dass Wunden heilen besser,
Als Wunden schlagen ist.
Freiligrath.

Kriegsrankenpflege.

Der Darstellung der Kriegsrankenpflege und Krankenversorgung im Kriege schieke ich voraus, dass die grundlegenden Bestimmungen in der Kriegssanitätsordnung von 10. Januar 1878 gegeben sind. Die Kriegssanitäts-Ordnung erfuhr eine Weiterung und Erläuterung in der Kriegsetappenordnung vom 3. September 1887, in der Krankenträgerordnung vom Jahre 1888 und ihren Beilagen, in der Felddienstordnung und in denjenigen Dienstvorschriften, die für den Mobilmachungsfall bestimmt und zum Dienstgebrauch zur Verfügung stehen.

Es handelt sich für das Handbuch darum, einen allgemeinen Ueberblick zu geben, für die Einzelheiten muss, wie dies auch in der Darstellung gesagt auf die Dienstvorschriften verwiesen werden; insbesondere wird für die Verwaltung in der Krankenpflege ein eingehendes Studium der Bestimmungen selbst nothwendig werden.

In Bezug auf die übrige Literatur verweise ich auf das allgemeine Verzeichniss am Schluss des Handbuchs; die geschichtlichen Angaben sind zum Theil den Werken von Richter, Schickert, Froelich und Myrdacz entnommen.

Pirogoff hat den Krieg eine traumatische Epidemie genannt. Um

die furchtbaren Schrecken des Krieges des „rohen und gewaltsamen Handwerks“ zu mildern sind zwei Faktoren nothwendig, ein völkerrechtlicher Faktör, der den Grundsatz aufstellt, dass der kranke und verwundete Feind kein Feind mehr ist, und der staatliche Kriegsrankenpflegeapparat, den die mobile Armee anbietet, um die Wunden zu heilen, die der Krieg schlägt. Der gesammten Kriegsrankenpflege gemeinsam ist das Genfer Zeichen, das rothe Kreuz (fünf Quadrate) auf weissem Grund, eine internationale Flagge, das sichtbare Symbol der Genfer Uebereinkunft vom 22. August 1864. Den Anstoss zur Genfer Convention gab Henry Dunant in seinem Souvenir de Solferino von 1862, worin er als Augenzeuge der Schrecken das Loos des verwundeten Kriegers mit warmer Empfindung schildert. Der ideale Gedanke ist eine der edelsten Errungenschaften fortschreitender Humanität. Die praktische Ausführung stiess auf mancherlei Schwierigkeiten. Eine Reihe von Bestimmungen erwies sich als unausführbar; gegen ausführbare Festsetzungen wurde verstossen. Der lebendige Geist des Humanitätsgedankens hat aber, wie Bircher sagt, über den toden Buchstaben eines schlecht redigirten Vertrags gesiegt; er hat das „idealhumanistische Programm“ verwirklicht.

Thatsächlich ist — die Kriege seit 1866 beweisen es — trotz aller Fehler des Vertrages das Schicksal auch des feindlichen kranken und verwundeten Soldaten ein besseres geworden; der Vertrag hat es durchgesetzt, den Kriegsverwundeten ein Recht zu gewähren, welches sie früher nicht besessen haben. Die Geschichte berichtet von Verträgen über Auswechselung und Ranzionirung Verwundeter und Kriegsgefangener vor 1864; Faust, Wasserfuhr, Palasciano, Arrault traten für die Neutralität des Kriegssanitätspersonals ein. Die Genfer Versammlung unter Dunant, Dufour und Moynier sprach den Wunsch aus:

1. Die Regierungen sollen die sich bildenden Hilfsausschüsse in Schutz nehmen.
2. Neutralisirung des Personals.

Der Vertrag erklärte die leichten und Hauptfeldlazarethe für neutral so lange sie Kranke bergen; ihr Personal ist während der Ausübung seiner Thätigkeit neutral. Das Material der Hauptfeldlazarethe unterliegt den Kriegsgesetzen. Die Zusatzartikel vom 20. October 1868 geben noch nähere Erklärungen und dehnten die Wohlthat des Vertrages auf den Seekrieg aus.

Es ist zunächst zu verlangen, dass die Bestimmungen des Genfer Vertrages den kriegführenden Truppen bekannt sind. Sie sind in der deutschen Felddienstordnung enthalten. Bircher verlangt in seinem Werke: „Die Revision der Genfer Convention“, es sei auszusprechen die Unverletzlichkeit des kranken und verwundeten Heeresangehörigen, des gesammten Sanitätspersonals, des gesammten Materials, der gesammten Sanitätseinrichtungen; die an die staatliche Hilfe angeschlossene organisirte freiwillige Krankenpflege geniesse denselben Schutz. Die Neutralität hört auf, sobald Personal und Material zu anderen Zwecken als sanitären Verwendung findet. Das Sanitätspersonal muss nach der

Schlacht auf dem Platz seiner bisherigen Thätigkeit zurückbleiben — auch das der geschlagenen Armee. Man mag es beklagen, aber es bleibt richtig, sagt Moltke, dass die Humanität im Kriege nachstehen muss und dass die energischste Kriegsführung zugleich die humanste ist.

Den Geist der segenspendenden Genfer Convention ganz zu erfassen, wäre ein sittlicher Fortschritt, der Feind und Freund zu Gute käme. Auch im Kriege muss für den humanen Gedanken des Genfer Vertrages ein Platz sein und jede Partei sich bestreben das Elend des Schlachtfeldes zu lindern.

Der Krankenpflegedienst einer mobilen Deutschen Armee sondert sich in drei grossen Bereichen. Der erste Bereich umfasst die Feldarmee, die am Feinde operirt, der zweite Bereich umfasst die Etappe, der dritte die Besatzungsarmee des eigenen Landes.

Sanitätspersonal.

Die Leitung des Feldsanitätsdienstes im ersten und zweiten Bereich hat der Chef des Feldsanitätswesens. Jedes Armeeoberkommando hat einen Armeegeneralarzt, jedes Armeekorps einen Korpsarzt, jede Division einen Generaloberarzt als Divisionsarzt. Truppenärzte sind die Regiments-, Bataillons- (Abtheilungs-), Oberärzte, Assistenzärzte und Feldunterärzte. Auf den Verbandplätzen wirken Professoren der Chirurgie als consultirende Chirurgen. Das Hilfspersonal bilden die Lazarethgehilfen mit dem Dienstgrad der Sanitätsfeldwebel, Sanitätssergeanten, Sanitätsunterofficiere, Sanitätsgefreiten, Sanitätssoldaten, militärischen Krankenwärter¹⁾, Krankenträger und Hilfskrankenträger. Den Befehl über das Feldlazareth führt der Chefarzt, unter welchem Sanitätsofficiere wirken, den ärztlichen Dienst beim Sanitätsdetachment versieht ein erster Stabsarzt mit Oberärzten und Assistenzärzten.

Jeder Etappeninspection ist ein Etappengeneralarzt beigegeben, unter ihm steht ein Feldlazarethdirector, unter ihm der leitende Arzt der Etappenlazarethe, die Chefärzte der Kriegslazarethe, der Krankentransportkommissionen und der Lazarethzüge.

Den Sanitätsdienst innerhalb des Bereiches der Besatzungsarmee leitet der Chef der Medizinalabtheilung im Kriegsministerium beziehungsweise der stellvertretende Generalarzt des Generalkommandos. Unter

¹⁾ Der Unterricht der Lazarethgehilfen findet seit 1891 in Lazarethgehilfenschulan am Sitz grösserer Garnisonlazarethe statt. Der Unterricht dauert 6 Monate. In den Garnisonen wird fortlaufender Unterricht ertheilt; die praktische Unterweisung findet am Krankenbett statt. Der Ausfall an Sanitätspersonal während der Ausbildung wird durch Einziehung aus dem Beurlaubtenstand gedeckt. Die Militärkrankenwärter erhalten Unterricht in den Garnisonlazarethten. Für den Unterricht werden Fiedler'sche und Esmarch'sche Tafeln, Skelette und Modelle nach Benninghoven und Messing verwendet. Der Kriegssanitätsdienst ist ganz besonders zum Gegenstand des Unterrichts zu machen, das Personal praktisch anzuweisen, zur Selbstständigkeit zu erziehen und den Kriegsverhältnissen entsprechend zu belehren. Aeltere Lazarethgehilfen werden bei den oberen Commandos und an Stelle von Lazarethbeamten bei den Feldsanitätsformationen verwendet.

seiner Leitung wirken die Chefärzte der Festungs- und Reservelazarethe und die Reservelazarethdirectoren; chirurgische Consulenten stehen in den Lazarethen dieses Bereiches zur Verfügung. Neben den aktiven Sanitätsoffizieren oder Sanitätsoffizierdienstthuern, den eingezogenen des Beurlaubtenstandes wirken im dritten Bereich Sanitätsofficiere z. D., a. D. oder Civilärzte, die sich zur Verfügung gestellt haben.

Sanitätsmaterial.

Zur Sanitätsausrüstung jedes Mannes gehört das Verbandpäckchen, welches aus zwei Sublimatmullecompressen, einer Cambrikbinde, einer Sicherheitsnadel nebst der Umhüllung besteht. Das Verbandpäckchen wird im Vorderschoss des Waffenrocks in einer besonderen Tasche eingenäht getragen. Jeder Lazarethgehülfe besitzt Verbandtasche, Labeflasche und Besteck, jeder Arzt die vorgeschriebenen kriegschirurgischen Instrumente. Jedes Bataillon und Kavallerieregiment führen ausser Krankendecken und Labemitteln einen Medicinwagen, kleinere selbstständige Truppenabtheilungen einen Medicinkarren, einen Medicin- und Bandagenkasten (Sanitätskasten) und Bandagentornister. Hierzu kommt sonstiges Sanitätsmaterial im Bereich der Etappe und das Material in Festungen und Reservelazarethen. Betreffs der etatsmässigen Füllungen ist auf die Vorschriften im 2. Band der Kriegssanitätsordnung zu verweisen. Der Ersatz geschieht durch die Lazarethreservedepots und durch eine Güterdepotstation für Lazaretherfordernisse des immobilen Güterdepots an einer Sammelstation. Anzufügen ist das Material der Krankentransportcommissionen, der Lazarethzüge der Kriegslazarethe. Die Sanitätsdetachements und Feldlazarethe führen in Sanitätswagen Arzeneien, Verband und Labemittel.

Das Material eines transportablen Lazareths wird bei diesem beschrieben werden. Improvisationen und Strohverbände werden an Ort und Stelle nach Anleitung angefertigt. Für den Verwundetentransport steht als Material die Krankentrage zur Verfügung. Die Krankentrage der Truppe kann vermittelst eines Scharniers zusammengeklappt werden, die der Sanitätsdetachements nicht, letztere hat eine Verbandmitteltasche. Die Tragestangen besitzen eiserne Querbänder und eiserne Füße, die Kopflehne ist stellbar, der Ueberzug ist von braunem Segeltuch, in der Mitte befinden sich zu beiden Seiten Klappen von gleichem Stoffe zum Festschnallen der Gelagerten. Rädergestelle bei den Lazarethreservedepots bilden mit den Tragen eine Räderbahre, die in Lazarethanlagen Verwendung findet. Auf die Herstellung von Nothtragen aller Art, Improvisationen von Tragen durch Bretter, Thüren, Mäntel, Tücher, Schnuren, Säcke und Stangen, Strohsäcke der Feldlazarethe mit beiderseits angenähten Schlaufen, Strohtragen u. s. w. ist Bedacht genommen.

Den Transport Verwundeter vermitteln Krankenwagen verschiedener Art. Zu den bisher bestehenden Modellen ist eine neue Construction gekommen. Die Krankenwagen sind für 2 bezw. 4 liegende Verwundete eingerichtet. Die Dienstvorschriften geben eine genaue Beschreibung der Wagen.

Eine Reihe anderer Krankentransportwagen verschiedener Systeme lässt sich für den Kriegsfall verwenden.

Die Bespannung, die in den Dienstvorschriften gegeben ist, erfolgt durch Trainpferde. Der Wagen wird von Sanitätsmannschaften begleitet. Das Einladen der Verwundeten ist Gegenstand besonderer Uebung und erfolgt nach einheitlichem Kommando.

Von anderweitigem Transportmaterial ist die österreichische Feldtrage nach Mühlvenzl, die Trage von Locati, die Bambustrage von Perry-Mundy, die Trage Stanelli's und Nicolai's verbesserter Lagerstuhl zu erwähnen. Die Neuss'schen Tragen, die fahrbaren von Lipowsky-Fischer, die Tiroler Gebirgstrage von Michaelis schliessen sich an.

Die tragbare Zeltausrüstung kann als Nothtrage mit Leichtigkeit benutzt werden (Beilage zur Krankenträgerordnung).

Landfahrzeuge, andere Wagen, Trainfahrzeuge u. s. w. werden zum Verwundetentransport hergerichtet; Lebensmittelwagen und Leiterwagen können nach verschiedener Anleitung für den Transport improvisirt werden. Hierher gehört Jacoby's fahrbare Tragbahre und Ellbogen's Wagen und andere Improvisationen mittelst des Fahrrades.

Der Eisenbahntransport findet in Lazarethzügen und Krankenzügen statt. Lazarethzüge sind geschlossene Sanitätsformationen zur ausschliesslichen Betörderung liegender Verwundeter oder Kranker, sie werden im Inlande planmässig zusammengestellt. Auf dem Kriegsschauplatz werden Hilfslazarethzüge nach dem Grund'schen und dem Hamburger System für den Transport liegender Verwundeter zusammengestellt. Krankenzüge sind für den Transport solcher Verwundeter bestimmt, deren Zustand das Fahren im Sitzen gestattet. Ein Lazarethzug hat 30 Krankenwagen mit je 10 Lagerstätten abgesehen von den Arzt-, Magazin-, Gepäck-, Verwaltungswagen u. s. w. Für die Hilfslazarethzüge sind Güterwagen und Personenwagen 4. Klasse ohne feste Sitz- oder Ständervorrichtung ausersehen; bewegliche Plattformgeländer gestatten die Einrichtung eines Hilfslazarethdurchgangszuges. Krankenzüge bestehen aus Personenwagen der drei ersten Wagenklassen, im Nothfall aus solchen 4. Klasse und aus Güterwagen, die mit Sitzeinrichtungen oder deren Improvisationen zu versehen sind.

Die Ausstattung der Krankenwagen des Lazarethzuges ist folgende:

12 breite, brettartige Krankentragen mit Seiten- und Fussbrettern, und mit vollständiger Ausstattung an Matratzen und Wäsche,	Kokosdecke in der Länge des Wagens, Tisch mit Klappsitz, Schemel,
Kleine runde Tische zu jeder Krankentrage,	Schränkchen in den vier Wagenecken, Querbrett mit Konsolen für Tassen und Löffel,
Riemen zum Aufrichten für die Kranken, Wagennetze über den Krankentragen,	Schiefertafel zur Notirung der aussergewöhnlichen Kost,
Traggestelle für die Krankentragen mit Pendelaufhängung,	Waschschüsseln, Wassereimer,

Handspiegel,	1 Bratheerd,
Stiefelknecht,	3 Gerüste für Geschirre,
Stufentritt,	4 Küchenbretter,
Handlaterne,	2 Eisschränke,
Spucknapfe,	Verschliessbarer Wandschrank,
Thermometer,	Küchenbank,
Wasserfass,	Küchenrahmen (Wandrahmen),
Trinkbecher,	Messerputzbrett,
Trinkgläser,	Abspültisch,
	Anrichtetisch,
Küchenwagen.	Klapptisch,
Ausstattung:	Wasserkasten,
2 Wasserbaddampfkochapparate mit Ma-	Lattenfussboden,
nometer und sonstigem Zubehör,	Koch-, Ess- und Trinkgeschirre.

Die Uebung der Improvisationen im Frieden nach jeder Richtung hin wird Gegenstand der grössten Aufmerksamkeit sein. Es kann hier nur auf das Port'sche Buch verwiesen werden.

Eine Zusammenstellung des Hamburger und Grund'schen Systems bezeichnet man als gemischtes System. In den Sanitätszügen lassen sich gleichfalls Improvisationen anbringen. Der George Meyer'sche Tragboden (beschrieben und abgebildet in der I. Abtheilung des zweiten Bandes No. IV. dieses Handbuches) kann bei Sanitätszügen Verwendung finden und wurde 1895 praktisch bei einer Krankentransportcommission während der Herbstübungen erprobt.

Neuerdings ist von J. Linxweiler eine Transport- und Lagerungseinrichtung für Hülflazarethzüge angegeben worden.

Die Apparate bestehen im Wesentlichen aus Gasrohrsäulen, welche je nach der Wagenhöhe verlängert oder verkürzt werden können. Im Inneren der Säulen finden sich Spiralfedern, welche sich in Flachsclitzen der Säulen hin und her bewegen. Die Lagerung findet in zwei Etagen statt, bei der Lagerung in einer Etage sind niedrige Säulen vorhanden, welche paarweise mit Querstangen verbunden sind. Als ein Vortheil dieses Systems wird die möglichste Bequemlichkeit durch Aufheben der senkrechten und wagerechten Erschütterungen angegeben.

Sanitätseinrichtungen.

Die Krankenstuben nehmen solche Kranke auf, welche der Lazarethpflege nicht bedürfen und dem Dienst bald wieder gegeben werden können.

Ortslazarethe (Kantonnementslazarethe) werden eingerichtet, wenn andere Lazarethe nicht oder in nicht ausreichendem Maasse vorhanden sind. Der Sanitätsdienst wird bei längerer Unterkunft in Ortschaften wie in der Garnison geordnet. Beim Marsch werden Leichtkranke mitgeführt, nicht beförderungsfähige Kranke dem nächsten Lazareth, Ortskrankenhaus oder der Ortsbehörde überwiesen.

Auf Krankensammelplätzen werden die nöthigen Vorkehrungen für Rückbeförderung oder Unterbringung getroffen.

Im Gefecht errichtet der Truppentheil durch Aufstellung des Medicinwagens seinen Truppenverbandplatz. Er dient zur Sammlung Verwundeter, zum Anlegen bezw. zur Revision des ersten Verbandes, soweit nicht die Hilfskrankenträger die erste Hilfe nach gegebener Anleitung geleistet haben. Der Schwerpunkt der Thätigkeit der Hilfskrankenträger liegt neben der Labung im sachgemässen Fortschaffen aus dem Gefecht nach dem Truppenverbandplatz. Auf dem Truppenverbandplatze werden die unaufschiebbaren Operationen gemacht. Der Truppenverbandplatz muss sich ausserhalb des Gewehrfeuers befinden, er muss leicht erreichbar sein und muss ausreichend Wasser haben, er darf die Truppenbewegung nicht hindern; eine Zersplitterung in zu viel kleine Verbandplätze ist zu vermeiden. Die Lage der Truppenverbandplätze ist den Truppen bekannt zu geben; es kann vortheilhaft sein die Truppenverbandplätze der 3 Bataillone eines Regiments zu vereinigen. Nimmt das Gefecht einen grösseren Umfang an, so dass sich etwa eine Division an demselben betheiliget, so tritt das Sanitäts-Detachement in Thätigkeit sobald grössere Verluste eintreten. Jede Division besitzt ein Sanitätsdetachment, welchem ausser den Aerzten, Sanitätssoldaten (Lazarethgehilfen) und Militärkrankenwärtern 160 Krankenträger beigegeben sind. Ihr Dienst besteht abgesehen von der ersten Hilfe lediglich im Fortschaffen der Verwundeten¹⁾ aus der Gefechtslinie, sie stehen unter dem Schutz der Genfer Convention. Der Platz, auf welchem der Verwundete ärztliche Hülfe findet, heisst Hauptverbandplatz. Dort wird das Verbindzelt mit der Signalvorrichtung aufgeschlagen. Sobald genügend viel tragbare Zeltausrüstungen von Verwundeten und Gefallenen zur Verfügung stehen werden zur vorübergehenden Unterbringung von Verwundeten solche Zelte aufgeschlagen. Das Detachment ist in zwei Züge zerlegbar, die selbstständig an verschiedenen Orten thätig sein können. Für die Wahl des Hauptverbandplatzes gilt dasselbe, wie für den Truppenverbandplatz. Die Anlehnung an Gebäude kann vortheilhaft sein. Es kann eine Verstärkung der ärztlichen Hilfe auf diesen Plätzen nothwendig sein. Dazu kann das Personal eines benachbarten Feldlazareths kommandirt werden. Der Hauptverbandplatz nimmt die früher eingerichteten Truppenverbandplätze auf, so dass Personal und Material der letzteren für den eigenen Truppentheil verfügbar wird.

Zwischen Gefechtslinie und Hauptverbandplatz wird möglichst gedeckt, durch fahrbare Wege leicht erreichbar der Wagenhalteplatz errichtet. Dort fahren die Krankenwagen auf.

Das gesammte auf dem Hauptverbandplatz thätige Sanitätspersonal

¹⁾ Der Unterricht der Krankenträger, der Hilfskrankenträger und Hoboisten findet bereits im Frieden alljährlich statt. Jedes Trainbataillon hält eine Krankenträgerübung ab sowohl für den activen Dienststand, als auch für den Beurlaubtenstand. Es sind Uebungen im Wassertransport, im Eisenbahntransport und Nachtübungen vorgesehen. Der Kriegssanitätsdienst wird bei den Herbstübungen berücksichtigt.

wird unter der oberen Leitung des Divisionsarztes durch den ersten Stabsarzt verwendet. Es werden zu diesem Zweck drei Abtheilungen gebildet: eine Empfangs-, eine Verband-, eine Operationsabtheilung. Die erste Abtheilung sorgt für Labung und Lagerung und versieht jeden Kranken mit einem Wundtäfelchen. Auf demselben wird Art der Verletzung, geleistete Hilfe und der Grad der Transportfähigkeit verzeichnet. Die Tafel schützt vor unnöthiger Entfernung des Verbandes bei weiterem Transport, sie erleichtert die Vertheilung und lässt eine schnelle Uebersicht gewinnen. Weisse Täfelchen erhalten solche Verwundete, die einer sofortigen Lazarethbehandlung bedürfen, rothe diejenigen, welche ohne erhebliche Nachtheile noch weiter transportfähig sind. Die Thätigkeit des Sanitätsdetachements den Verwundeten gegenüber ist grundsätzlich nur eine vorübergehende. Die Persönlichkeit des Verwundeten wird erforderlichenfalls aus der Erkennungsmarke und dem Soldbuch festgestellt, oder aus der Bekleidung, der Waffennummer herzuleiten versucht.

Leichtverwundete werden nach erfolgtem Verband oder nach Ausführung kleinerer Operationen nach dem Sammelplatz für Leichtverwundete geschickt.

Die zweite (Verband-) Abtheilung hat nach dem Wortlaut der Kriegssanitäts-Ordnung die Aufgabe, die schwierigeren und zeitraubenden Verbände bei den Fällen von schweren Knochenzerschmetterungen anzulegen, wo nicht eine sofortige Amputation, wohl aber behufs des Transports des Verwundeten die sorgfältigste Feststellung des verletzten Gliedes nothwendig wird. Hierher gehören vor Allem die Schussfrakturen der unteren Gliedmassen. In Zukunft werden hierbei die Modificationen des Hessing'schen Kriegsapparates Anwendung finden.

Was die antiseptische Behandlung anbelangt, so wird es sich nach Lühe darum handeln, durch Vermeidung der Contactinfection der Wunde weiterhin einen aseptischen Verlauf zu ermöglichen oder, wie Lister sagte, die offenen Wunden zu subcutanen zu gestalten. Wie weit mit dem vorhandenen mitgeführten aufgefrischten und erneuerten antiseptischen und aseptischen Verbandmaterial ein aseptischer Verlauf der Wunden sich erreichen lassen wird, muss erst ein Zukunftskrieg lehren.

Lühe schlägt vor ein Verbinden der Wunden mit antiseptischem Material ohne Hautdesinfection vorzunehmen. Dazu gehört, dass das Entkleiden durch besondere Lazarethgehilfen zu erfolgen habe.

In Bezug auf die genauere chirurgische Diagnose über die Ausdehnung der Verwundung, mit deren Feststellung auf dem Schlachtfeld die Transportfrage eng verbunden ist, ist ein einheitliches Handeln nach bestimmten Grundsätzen nothwendig und lässt sich auf den Verbandplätzen erreichen.

An Operationen lassen sich in der dritten (Operations-) Abtheilung ausführen die Blutstillung in der Wunde (Unterbindung an der Stelle der Verletzung) „dem Orte der Noth“ die Gliedabsetzungen nach Abreissung, die Tracheotomie bei Erstickungsgefahr, die Laparotomie bei

perforirenden Bauch- und Blasenwunden, Katheterismus und Blasennaht. Hier ist eine aseptische Wundbehandlung möglich und erreichbar.

Wegen der Weiterbehandlung der Kriegsverletzungen muss auf die Werke von Mosevig-Moorhof, Seydel und Lühe verwiesen werden.

Es ist hier der Ort die Frage zu erörtern, ob in einem Zukunftskriege die Zahl der jetzt etatsmässigen Krankenträger genügt.

Zunächst ist zu bemerken, dass die Kriege statt in gleichem Schritte mit der Vervollkommnung der Waffe blutiger zu werden, immer unblutiger geworden sind. Auf Grund der Fischer und Richter'schen Berechnungen haben auch die absoluten Zahlen abgenommen.

Der Gesamtgéfechtsverlust ist auf 20 pCt. berechnet worden, davon sind 14 pCt. Verwundete, die Zahl der Fortzuschaffenden beträgt 5 pCt. Das Schlachtfeld wird im Durchschnitt in 6—7 Stunden abgeräumt sein. Schliesslich sind nach der Krankenträgerordnung die Hoboisten und Hilfhoboisten heranzuziehen, die im Frieden ausgebildet sind; Nothtragen und Wagen lassen sich beitreiben; es ist also eine Vermehrung des Transportpersonals nicht zu erwarten. Noch ein kurzes Wort über die Rückwärtsbewegung. Die Truppenärzte haben nach der Kriegs-Sanitäts-Ordnung für die Unterbringung der Verwundeten so lange zu sorgen, bis Sanitätsdetachements in Thätigkeit treten oder die Unterbringung in einem Lazareth möglich wird. Sie üben ihre Thätigkeit auch nach der feindlichen Besitznahme aus. Es wird so viel Personal und Material zurückgelassen, als unbedingt nöthig ist. Das Sanitätsdetachement schliesst sich zurückgängigen Bewegungen an, auch hier wird Personal unter dem Schutze der Genfer Convention zurückgelassen.

Nach der Schlacht — in der Ruhe — wird seitens des Detachements der Ersatz des aufgebrauchten Materials angestrebt; hier wird vor Allem Verbandmaterial desinficirt und sterilisirt. Die Befehlshaber sind verpflichtet, das Schlachtfeld nach Verwundeten und Gefallenen absuchen zu lassen.

Scheidet man die Kranken und Verwundeten in leichte und schwere, so ist damit schon der Anfang zur Evacuation, zur Krankerzerstreuung gemacht. Ein Anhäufen von Verwundeten ist grundsätzlich zu verhüten, es treten deshalb nunmehr die Grundzüge einer Weiterbeförderung des Kranken und Verwundeten vom Hauptverbandplatz in ihr Recht. Leichtverwundete sind deshalb sofort nach den Etappenstationen zu dirigiren, Leichtkranke nach einer Leichtkrankensammelstelle im Etappenbereich. Ein Feldlazareth kann sich, ohne sich einzurichten (etabliren), der Leichtverwundeten annehmen. Die leitenden Sanitätsofficiere haben rechtzeitig auf das Vorhandensein von Fahrzeugen Bedacht genommen, wenn nicht etwa der Bedarf durch die Krankenwagen gedeckt werden kann. Stroh, Decken und sonstige Hilfsmittel, sowie Vorspann aller Art — leere Lebensmittelwagen sind bereit gestellt.

Es handelt sich jetzt darum, die Verwundeten baldigst der Lazarethpflege zu überweisen.

Feldlazarethe.

Die erste geordnete Krankenversorgung und Kriegskrankenpflege findet in den Feldlazarethen statt; jedes Armeecorps hat 12 Feldlazarethe für je 200 Verwundete oder Kranke, drei Reservefeldlazarethe befinden sich bei der Reservedivision. Jedes Feldlazareth kann in zwei Züge zerlegt werden.

Die Einrichtung (Etablierung) erfolgt möglichst in Ortschaften, die Erweiterung kann durch Zelte und Baracken erfolgen; bei der Etablierung in Städten sollen die erwählten Gebäude den Erfordernissen einer Heilanstalt entsprechen. Zum Betrieb sind erforderlich Aufnahmezimmer, Versammlungszimmer, Operationszimmer, Apotheke, Kochküche, Kellerräume, Theeküchen, Badeanstalt, Wäscheraum, Trockenboden, Materialienraum, Abortanlagen, Wachraum, Arztwohnung, Waschküche mit Rollkammer, Desinfectionsanlage, Leichenraum.

Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung empfiehlt unbewohnte Räume bewohnten vorzuziehen. Bestehende Krankenanstalten, Kirchen, Klöster, Schulen eignen sich nicht gut zu Feldlazarethen. Dagegen empfehlen sich Gesellschaftssäle, Sommertheater, Turnhallen, Kegelbahnen, Schlösser, Orangerien. Oft ist bei der Etablierung eine schnelle Entschliessung geboten, die Einrichtung von Feldlazarethen, die voraussichtlich längere Zeit etablirt bleiben, lässt vielleicht eine Auswahl oder einen Wechsel treffen.

Die Nähe von Gärten ist erwünscht; in engen Stadttheilen wird man Feldlazarethe nicht gern anlegen. Die Ausstellung vom Rothen Kreuz im Herbst des Jahre 1898 bot folgende innere Einrichtung eines Feldlazareths dar:

Operationszimmer.

Ausstattung:

Operationstisch,
Eimer dazu,
Stuhl zum Operationstisch,
Spind für Instrumente,
Verbandmitteltisch,
Irrigatorständer,
Flaschenständer mit 4 Flaschen,
Tisch mit Glasschale und Aufsatz für Instrumente,
Handtuchständer,
Waschvorrichtung mit directem Ausguss,
Tisch mit Glasplatte für Flaschen, Schalen
u. s. w.,
Tisch mit Schieferplatte für Sterilisir-
apparate u. s. w.,
Dampfsterilisator aus Kupfer mit zwei
Einsätzen,
Instrumentensterilisator nebst Zubehör,

Grosser Nähseidenbehälter mit 3 Rollen,
Glaskasten mit 3 Rollen für Katgut,
Cylinder aus braunem Glase für Katgut,
Transportgefäss für Katgut,
Bürstenkasten,
Seifenbehälter,
Alkoholschale,
Reserveeinsatz zum Sterilisirapparat,
Sublimatschale,
Umlegehahn zum Irrigatorschlauch,
Sodagefäss mit Messglas,
Glasgefäss zum Aufbewahren von Ka-
thetern,
Beckenbänkchen nach v. Volkmann,
Operationsbesteck, grosses, mit 4 Einsätzen,
Chloroformirungsapparat,
Mehrere Eiterbecken,
Irrigatoren,
Compressionsapparat nach v. Esmarch,
Inductionsapparat,
Wasserkochapparat,

Spucknapfe von grünem Glase,
 Glascylinder mit eingeschlifffnem Stöpsel
 für Drains,
 Bürsten zur Antiseptik,
 Standflaschen mit eingeschlifffnem Stöpsel,
 Operationsanzüge für Aerzte,
 Hängelampe.

Baderaum.

Ausstattung:

Zusammenlegbare Badewanne,
 Badofen,
 Kohlenkasten, Kohlenschaufel,
 Feuerhaken, Feuerzange,
 Leuchter,
 Doucheeimer,
 Gestell zum Wäschetrocknen,
 Badelaken,
 Badevorlage,
 Feldstuhl,
 Fussbank,
 Thermometer,
 Waschvorrichtung mit Zubehör.

Apothekenraum.

Ausstattung:

Die Einsatz- und Schiebekasten des Sani-
 tätswagens für Feldlazarethe,
 Arzneien in Tablettenform,
 Tarirwaage,
 Reagentienkasten,
 Kasten für Antiseptika,
 Tablettenmaschine.

Raum zur Herstellung von Verbandmitteln.

Ausstattung:

Gefäss zum Imprägniren der Verband-
 stoffe,
 Wringmaschine,
 Kleine Schraubenpresse für Verbandstoffe,
 Grosse Schraubenpresse für Verbandstoffe,
 Bindenschneide- und -wickelmaschine.

Raum zur Aufbewahrung von Verbandmitteln.

Ausstattung:

Verbandpäckchen,
 Binden von Kambrik,
 Binden von Flanel,

Binden von Gaze,
 Binden von Leinwand,
 Bindfaden,
 Katgut,
 Dünner Eisendraht,
 Telegraphendraht,
 Drains,
 Entfetteter Mull,
 Sublimatmull,
 Compressen aus entfettetem Mull,
 Compressen aus Sublimatmull,
 Papier zum Einhüllen der Verbandstoffe,
 Asbestpappe,
 Gewöhnliche Pappe,
 Schirting,
 Waschschwämme,
 Seide verschiedener Stärke,
 Schusterspan zu Schienen,
 Tapetenspan zu Schienen,
 Verbandtücher, drei- und viereckige,
 Entfettete Watte,
 Sublimatwatte,
 Gewöhnliche (ungeleimte) Watte,
 Zwirn,
 Zwirntuch (wasserdicht),
 Armschienen,
 Siebdrachtschienen,
 Englische Schienen,
 Schienen mit Blechhülsen.

Krankenbaracke für 10 Betten.

Ausstattung:

Bettstellen aus Rundeisen mit heraus-
 nehmbarer Matratze, Kopf- und
 Fussbrett,
 Bettmatratzen und Bettwäsche,
 Grosser zusammenlegbarer Tisch,
 Stühle,
 Verstellbarer Krankentisch,
 Krankentische von Holz und Eisen mit
 Marmorplatte,
 Waschvorrichtung mit Zubehör,
 Ausgüsseimer von Porzellan,
 Fussreinigungsdecken von Leder mit
 Drahteinlage,
 Spucknapfe,
 Taschenspucknapfe,
 Eiserne Mantelöfen nebst Zubehör,
 Fahrbare Krankentrage,
 Transportabler Desinfectionsapparat.

Die gesundheitlichen Anforderungen an die Feldlazarethanlage sind zu berücksichtigen und erfolgen nach den allgemeinen Grundsätzen. Beim Herrschen von Seuchen sind besondere Seuchenlazarethe abseits von der Verkehrsstrasse zu errichten, deren Lage den Truppen bekannt zu geben ist.

Die Ablösung des Feldlazareths, welches eine mobile Sanitätseinrichtung darstellt, ist zu ermöglichen, damit dasselbe den Truppen wieder folgen kann; zu diesem Zweck kann zunächst ein Zug frei gemacht werden; das eingerichtete Feldlazareth ist an sich von der Truppenbewegung unabhängig.

Der geregelte Dienstbetrieb entspricht im eingerichteten Feldlazareth den sonstigen Bestimmungen, wie sie auch für den Frieden gelten. Das Vertrauen des Heeres, sagt die Kriegs-Sanitäts-Ordnung, besteht nicht nur in der wissenschaftlichen und dienstlichen Tüchtigkeit des Sanitätspersonals, sondern auch in der Theilnahme, welche jedem einzelnen Verwundeten und Kranken zu widmen ist. Es findet die Eintheilung in Stationen statt, die Regelung des Hauptkrankenbesuchs, die Führung der Krankenblätter, die Bestimmung von Tages- und Nachwachpersonal. Die Arzneiversorgung findet durch den Feldapotheker statt. Die Beköstigung regelt sich nach der Vorschrift, die reichliche Beköstigungsformen bietet (Beilage 8 der K. S. O.). Die Feldbettstellen sind von Holz und von Eisen. Auf Aufstellung von Nothfeldbettstellen ist Bedacht zu nehmen.

Auf Personal und Material des Feldlazareths findet die Genfer Convention Anwendung.

Während des Feldzuges 1870/71 sind in der Zeit vom 1. August 1870 bis 28. Februar 1871 die Feldlazarethe 545 mal, mit einzelnen Zügen 77 mal in Thätigkeit getreten, so dass jedes der 191 Lazarethe bei halbgerechneten Zügen durchschnittlich 3 mal sich etablirt hat. Die Feldlazarethe haben 280910 Verwundete und Kranke aufgenommen, so dass auf ein Feldlazareth im Durchschnitt 1471 behandelte Kämpfer kommen; diese Kranken haben 3245743 Verpflegungstage beansprucht.

Das Lazarethreservedepot führt 80 Krankenzelte mit. Ausserdem sind Schutzdächer, leichte Feld- und Zeltbaracken herzustellen, bei längerem Aufenthalt ist die Errichtung festerer Baracken zu erstreben. Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung beschreibt ein Krankenzelt von 12 Betten (§ 64 der Anlage), sie schildert den Aufbau einer Noth- und Zeltbaracke und einer Kriegsbaracke, die auch während des Winters benutzbar ist.

Die Zeltbehandlung hat den Vorzug der Beweglichkeit. Für längeren Aufenthalt ist die Verwendung, namentlich im Winter, unthunlich. Die Feldbaracke wird an Ort und Stelle improvisirt. Die festen Baracken sind immobil als temporäres Hospital in Kriegszeiten zu denken.

Die immobile Baracke ist nicht überall zu haben, ihr Aufbau kann im Kriege mit grossen Schwierigkeiten verknüpft sein. Es lag daher der Gedanke nahe, die immobile Baracke mobil zu machen, d. h. die Baracke im Inlande fertig zu stellen, sie in Theile zerlegt zu transportiren und an den zuständigen Orten wieder zusammenzufügen. Dieser Gedanke

find seinen Ausdruck in den Verhandlungen der 18. Abtheilung (Militär-sanitätswesen) des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin. In seinem Vortrag über die Verwendung versendbarer Krankenbaracken im Frieden und Kriege führte der Generalstabsarzt der preussischen Armee Excellenz v. Coler aus, dass die Erfindung der Baracke aus zwingenden Nothständen in Kriegszeiten hervorgegangen sei. Die preussische Militärverwaltung entschied sich damals für die Einführung der Döcker'schen Filzbaracke. Die Döcker'sche Filzbaracke ist inzwischen vervollkommenet worden, sie gewährt eine allen Ansprüchen genügende Krankenunterkunft, sie ist ein nicht mehr zu entbehrendes Hilfsmittel der Krankenpflege im Kriege. Die verewigte Kaiserin Augusta hatte 1884 einen Preis für das beste Modell einer transportablen Lazarethbaracke ausgesetzt. Das Ideal aller Verwundetenpflege besteht darin, den Krieger dort, wo er verwundet wurde oder wenigstens dicht dabei zu betten und zu behandeln. Die tragbare Zeltausrüstung der Soldaten schafft vorübergehend und zur warmen Jahreszeit eine sofortige Unterkunft. Hierher gehört das Port'sche Nothschutzdach, das Nicolai'sche Zelt- und Schirmdach. Die transportable Baracke, von denen zahlreiche Modelle in Antwerpen 1885 aufgestellt waren, lässt sich in jeder Jahreszeit anwenden. Neben der verbesserten Döcker'schen Baracke (Christoph und Unmack-Niesky) hat die preussische Militärverwaltung die Bernhard-Grove'sche Wellblechkrankenbaracke eingeführt; ihre Verwendung dürfte sich aber nur mit innerer Holzbekleidung als vortheilhaft erweisen. Die transportable Lazarethbaracke wurde eingehend in dem Werk von Langenbeck, Coler und Werner beschrieben; erwähnenswerth sind die Systeme von Nieden, Waldhauer-Windelband, Vogler und Noah, Espitallier, Tollet (II. Abtheilung des ersten Bandes No. III dieses Handbuches), Olive nach dem Namen ihrer Erfinder.

Der wichtigste Fortschritt, den eine allen Ansprüchen genügende transportable Krankenunterkunft machen konnte, war der der transportablen Baracke zum transportablen Lazareth. Die innere Einrichtung eines solchen Lazareths ist Gegenstand der Besprechung in der 2. Auflage des Werkes von Langenbeck und Coler.

Zur inneren Einrichtung gehören u. a.:

Zusammenlegbare Bettstellen, die mit einem hinreichend starken Fussbrett zur Anbringung der üblichen Streckapparate bei Verletzungen der unteren Gliedmassen versehen sind und dem Verwundeten ein festes Lager gewähren,

Betteinrichtung mit Matratzen,

Krankentische und Schränke,

zusammenlegbare Tische und Stühle,

einfache zusammenlegbare Gestelle für Waschgeräte.

Weiter sind nöthig die Küchen- und Wascheinrichtung, die Einrichtung für Heizung und Beleuchtung,

Zusammenstellung der Instrumente und Arzneimittel.

Schliesslich erwies sich die compendiöse Zusammenstellung einzelner

auf die Kriegskrankenpflege sich beziehender Gegenstände nothwendig, z. B. Badewannen, Stechbecken, Wasserbetten, Luftmatratzen, Improvisationen von Lagerungsvorrichtungen.

Die Beschreibung der, zur Darstellung gebrachten Gegenstände muss in dem genannten Werk selbst eingesehen werden.

Die Preisfrage des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz: „Welche Maassregeln und Organisationen sind anzustreben und welche im Frieden vorzubereiten, um die Unterbringung nicht transportabler Verwundeter und Kranker in gesunden Räumen in möglichster Nähe des Kriegsschauplatzes sicher zu stellen?“ erhielt eine Lösung in dem Werk des Oberstabsarzt Dr. Haase. Der Werth des transportablen Lazareths liegt einmal in seiner schnellen Herstellung und Bereitschaft in der Nähe des Gefechtsfeldes, dann tritt das Lazareth wirksam in das System der Krankerzerstreuung ein, es beugt einer allzugrossen Ausdehnung derselben vor; die Verschiebung derartiger Lazarethe ermöglicht den nicht transportablen schwersten Verwundeten eine geeignete Versorgung und Pflege, sie ist mehr als ein Nothbehelf, sie verhindert die Belegung ungeeigneter Privatgebäude und gleicht den Mangel an passenden Unterkunftsräumen aus. Das Lazareth dient schliesslich zur Anlage von Seuchenlazarethen behufs Sonderung von Infectionskranken. Transportable Lazarethe haben im letzten griechisch-türkischen Kriege Verwendung gefunden.

In neuerer Zeit ist von Décanville, Tilschert und besonders von Haase der Werth schmalspuriger Feldeisenbahnen für den Feldsanitätsdienst erwogen worden. Abgesehen von der Heranschaffung der Verpflegungsbedürfnisse dienen schmalspurige Feldsanitätswagen zum Abschub Verwundeter und Kranker und zur Herbeischaffung der transportablen Barackenanlagen und des transportablen Lazareths.

Die Haase'schen Feldbahnen¹⁾ werden aus Jochen, welche Schienen und Schwellen in einem Stück enthalten; zusammengesetzt, auf je 2 zweiachsigen Unterwagen steht ein Wagenkasten von 4 m Länge, 1,30 m Breite und 50 bis 60 cm. Höhe, welcher durch Strohschüttung oder Schwebelager eingerichtet werden kann. Letzteres besteht aus einem 3,5 m langen und 1,26 m breiten Plan aus wasserdichter Leinwand, welcher an den Schmalseiten an je einem 35 bis 40 mm dicken, Bambusrohrstab befestigt und in der Mitte durch einen doppelt gebogenen Gasrohrstab unterstützt ist.

Haase macht in seinem oben erwähnten Werk eine Reihe organisatorischer Vorschläge. Er verlangt Beigabe von Zeltwagen für Sanitätsdetachements und Feldlazarethe; die Bildung eines militärischen Zeltzuges für jedes Armeekorps, Bildung einer militärischen Barackenkompagnie, Vermehrung transportabler Baracken und Schaffung transportabler Lazarethe, Fortschaffung dieser Baracken von der Etappe nach dem Gefechtsfeld auf Feldsanitätsbahnen. Modificationen der Schwebelager sind neuerdings von Kimmle angegeben.

¹⁾ Haase, Die schmalspurige Feldeisenbahn im Dienst der Feldsanitätsanstalten. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. XVIII. 1889. S. 337 und XX. 1891. S. 193.

Im Vorstehenden ist ein kurzer Ueberblick über die Verbringung der Verwundeten vom Gefechtsfeld zum Feldlazareth gegeben. Erst dort ist eine volle Kunsthilfe und Pflege zu ermöglichen, ja es ist als ein Maassstab vollkommener Organisation anzusehen, wenn die Ankunft des Verwundeten im Feldlazareth sich nach Ablauf weniger Stunden ermöglichen lässt. Ein Zukunftskrieg wird sich bei der Vervollkommnung der Feuerwaffe durch kurze Gefechtsdauer kennzeichnen. Eine rechtzeitige Hilfe muss sich unter Vermeidung einer Vermehrung der Sanitätstrains ermöglichen lassen. Das transportable Lazareth ist als die glücklichste Lösung zu betrachten.

Das eingerichtete Feldlazareth tritt mit dem Augenblick der Etablierung unter die Etappeninspektion; der Abtransport der Verwundeten findet nach den Grundsätzen der Krankerzerstreuung in diesem Bereich statt. Transportable Invaliden und Dienstunbrauchbare gehen in die Heimath ab. Geheilte Mannschaften begeben sich zu ihrer Truppe zurück. Die Krankenvertheilung bewirkt die Krankentransportkommission, ihr Standort ist in der Regel der Sammelpunkt der Etappeninspektion im Concentrationsbezirk. Der Transport bis zur Eisenbahn findet in Fahrzeugen aller Art oder mittelst der schmalspurigen Feldbahnen statt; leere Proviant- und Fuhrparks-Colonnen sind zu benutzen. Kranke der Durchrückenden und der Etappentruppentheile finden in Etappenlazarethen Aufnahme, die besonders an Eisenbahnpunkten zu errichten sind. Ferner werden Krankensammel-, Erfrischungs-, Verband- und Uebernachtungsstellen errichtet.

Die Formation des stehenden Kriegslazareths findet behufs Ablösung und Ersatz eines Feldlazareths statt, der Standort wird in der Regel der Etappenhauptort sein.

Der Grundsatz, sagt die Kriegs-Sanitäts-Ordnung, ist festzuhalten, dass jeder Nachtheil für Kranke und Verwundete bei der Ablösung vermieden werde, es ist deshalb eine persönliche Uebergabe der einzelnen Kranken erforderlich. Die obere Leitung bei der Ablösung hat der Feldlazarethdirector, der durch fortgesetztes persönliches Einwirken an Ort und Stelle alle einer geregelten Krankenpflege entgegenstehenden Hindernisse zu beseitigen hat. Etappenlazarethe können wie Feldlazarethe durch Baracken und Zelte erweitert werden; hier lassen sich auch feste immobile Nothräume herstellen. Das aus der freiwilligen Krankenpflege zu entnehmende Pflegepersonal ist rechtzeitig zu beordern, eventuell ist ein Theil desselben an den Orten bereit zu halten, an welchen sich Sectionen der Krankentransportcommission befinden.

In den stehenden Kriegslazarethen kommen die Vortheile zur Geltung, welche eine ständige und in denselben Händen befindliche Krankenpflege gewährt. Die etatsmässigen Arztstellen sollen in der Regel durch früher gediente Militärärzte des Friedens- oder Beurlaubtenstandes besetzt werden; das ärztliche Personal kann durch vertragsmässig angestellte Civilärzte verstärkt werden.

Der Dienstbetrieb im stehenden Kriegslazareth richtet sich nach den sonstigen Grundsätzen.

Feldetappen- und Kriegslazarethe sind baldmöglichst für den Zugang von der Feldarmee wieder frei zu machen. Es ist deshalb eine fortwährende Ueberführung der Verwundeten aus den genannten Lazarethen in die im Inlande errichteten Reservelazarethe nöthig. Reservelazarethe sind die einheimischen Garnisonlazarethe, die bei ausgesprochener Mobilmachung ihren Namen wechseln, die Garnisonlazarethe der Festungen heissen Festungslazarethe.

Bei der Ueberführung ist der Kräftezustand der Verwundeten, die Art der Verwundung oder Erkrankung, die Entfernung der Lazarethe und das Maass der unterwegs sich bietenden Schutz- und Pflegemittel zu berücksichtigen. Die Krankentransportcommission hat den leitenden Arzt der Sanitätszüge mit allen erforderlichen Mittheilungen zu versehen, damit unterwegs wegen Erfrischung, Verpflegung, Erneuerung der Verbände, Abgabe nicht weiter transportfähiger Verwundeter das Geeignete ausgeführt werden kann. Geht der Eisenbahntransport in den Bereich der Liniencommandantur — also in die heimathlichen Bahnstrecken über, so ist für den ärztlichen Dienst der der Liniencommandantur beigegebene Arzt verantwortlich; der Militäreisenbahndirection ist in gleicher Weise ein Stabsarzt beigegeben.

Hier kann nun zum Zweck einer geregelten Krankerzerstreuung bereits eine Sonderung nach Krankheitsformen¹⁾ stattfinden. Die Kriegs-Sanitäts-Ordnung bestimmt, dass Schwerkranke näheren Lazarethen, Syphilitische und Simulationsverdächtige grösseren unter militärärztlicher Leitung stehenden Lazarethen, Leichtkranke anderen Lazarethen, kranke und verwundete Kriegsgefangene besonderen Lazarethen zu überweisen sind.

Aus diesem Grunde ist eine Verbindung der Krankentransportcommission mit den Liniencommandanturen unerlässlich, die sich insbesondere auf eine fortlaufende Nachricht über verfügbare Lazarethstellen zu erstrecken hat.

Der Transport kann ausser auf den genannten Sanitätszügen noch auf einer Wasserstrasse stattfinden. Baumann schlägt die Schaffung von Etappensanitätsdetachements vor (D. M. Z. XX, S. 645), die den Transport von Feldlazareth zum Bahnhof oder zur Schiffsstation zu bewirken hätte; Haase will den Transport vom Feldlazareth zur Vollbahnstation mit der Schmalbahn ausgeführt wissen; daneben wird auch der Wagentransport zu Recht bestehen.

Im Bereich der Besatzungsarmee regelt sich der innere Dienstbetrieb in den Festungs- und Reservelazarethen nach den für Friedenslazarethe gültigen Bestimmungen.

Neu errichtete Reservelazarethe werden zur Aufnahme Kranker bestimmt, Garnison- und Hülfslazarethe, zweckentsprechend eingerichtete Civilheilanstalten, Ortslazarethe, Barackenlazarethe sind gegebenen Falls durch Anfügen von Zelten, Döcker'schen oder anderen Baracken zu er-

¹⁾ Die Behandlung der von Kriegsseuchen Befallenen findet in den Seuchenlazarethen nach allgemein gültigen Grundsätzen statt.

weitem. Die Ausstattung der Lazarethe ist die gleiche wie im Frieden; die Krankenpflege findet nach den im Frieden maassgebenden Grundsätzen statt.

Diejenigen in den Festungslazarethen befindlichen Kranken, deren baldige Wiederherstellung nicht mit Sicherheit zu erwarten steht, sind soweit möglich vor Beginn oder bei einer Unterbrechung der Einschliessung durch Ueberführung in ausserhalb der Festung gelegene Reservelazarethe oder Civilheilanstalten zu entfernen. Je nach dem Umfange der Festung oder detachirter Forts kann es nothwendig werden, dort einen eigenen Sanitätsdienst zu etabliren.

Festungslazarethe stehen zwar unter dem Schutz der Genfer Convention, wenn sie neben der Nationalfahne eine weisse Flagge mit rothem Kreuz aufpflanzen, doch ist es wünschenswerth, dass sie in bombensicheren Räumen angelegt sind oder wenigstens den Sprengstücken explodirender Granaten Stand halten.

In grossen Zügen ist im Vorstehenden der staatliche Kriegssanitätsdienst geschildert; über die Einzelheiten in der Versorgung und Pflege muss auf die Vorschriften der Kriegs-Sanitäts-Ordnung verwiesen werden, die erschöpfend die überaus grosse Fürsorge beweist, welche der Verwundete und kranke Soldat erfährt. Insbesondere ist der Verpflegung der Kranken, der Beköstigung ein sehr weiter und grosser Spielraum gelassen. Jede neue Errungenschaft der ärztlichen Technik und Wissenschaft findet nach eingehender Würdigung ihrer Brauchbarkeit für den Verwundeten Verwendung, so dass die Kriegssanität thatsächlich allen Forderungen der Zeit gerecht wird. Wie die Thätigkeit und Fürsorge des Deutschen Sanitätspersonals im letzten Kriege 1870/71 die Allerhöchste Anerkennung gefunden hat, so ist mit Zuversicht zu erwarten, dass das Deutsche Kriegssanitätswesen in einem künftigen Kriege allen Anforderungen gewachsen sein wird, die an dasselbe bei der Vervollkommnung der Schusswaffen und der vermuthlich vermehrten Zahl der Verwundeten herantreten werden.

Alle zur Feldarmee gehörigen Personen sowie diejenigen, welche sich in einem Dienst- oder Vertragsverhältniss befinden, haben Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung, Arznei und Lazarethverpflegung¹⁾.

1) Kriegsinvalidität entsteht, wenn ein dem Heere Angehöriger in Folge einer Kriegsdienstbeschädigung dienstunbrauchbar wird. Neben der durch das allgemeine Militärpensionsgesetz geregelten Versorgung erhalten Ganzinvalid eine Kriegszulage. Wer Theilnehmer am Kriege war, wird für jeden einzelnen Feldzug von S. Majestät dem Kaiser besonders bestimmt (Gesetz vom 4. April 1874).

Es ist festzustellen, ob die Kriegsunbrauchbarkeit in ursächlichem Zusammenhang mit dem Feldzuge stand. Kriegsinvalidität liegt auch vor, wenn ein vor dem Feldzuge bestehendes geringeres Leiden durch den Krieg nachweisbar verschlimmert worden ist. Lässt sich nicht eine bestimmte Veranlassung nachweisen, so liegt der Zusammenhang doch vor, wenn die Einwirkung der während des Feldzuges ertragenen grösseren Beschwerden in ihrer Gesamtheit als Veranlassung des Leidens sich darthun lässt.

Kranke und Verwundete verbündeter Heere und die Kriegsgefangenen nehmen an der Krankenpflege¹⁾ Antheil. Eine geregelte Pflege ist aber nur dann möglich, wenn die Thätigkeit der geschilderten Formationen und Organe rechtzeitig ineinandergreift, dass ein einheitliches Zusammenwirken gesichert und jeder Zersplitterung vorgebeugt wird.

An das Vorangegangene schliesse ich einen ganz kurzen geschichtlichen Rückblick auf die Kriegskrankenpflege, der auch in der Folge die wichtigsten ausserdeutschen Staaten umfasst.

Wenn die veränderliche Kriegskunst bedingt wird durch die Fortschritte in Wissenschaft und Technik, so bietet die Entwicklung der Kriegssanität den Beweis, dass sie es verstanden hat, sich den Entwicklungen auf den Kriegstheatern anzupassen und dass jeder Fortschritt in der Krankenpflege und Krankenversorgung nutzbar gemacht worden ist für die Kriegsheilkunde.

Ändert sich der Charakter des Gefechts und der Kriegführung, nimmt die Massenhaftigkeit der Geschosse und ihre Treffsicherheit zu, vergrössern sich die Entfernungen, in denen die Feuerwirkung zur Geltung kommt, wird andererseits das Gefecht kürzere Zeit dauern, als sonst, so muss die Kriegssanität dem Rechnung tragen.

Der Entwicklung der Heere gemäss ist die Geschichte der Heereskrankenpflege recht eigentlich eine Geschichte ihrer Kriegssanität. Die einzelnen Phasen in der Entwicklung lassen sich bei allen Armeen während der Kriege am besten kennzeichnen. Immer sind und in Deutschland ganz besonders nach den Kriegen neue Organisationen der Heeresanität erfolgt, die ihren Einfluss auf die Friedenssanität in wirksamer Weise hatte.

Die ersten Militärärzte waren in der Stellung von Leibärzten. Bei den Römern werden Valetudinarien erwähnt, die Feldscheerer der Landsknechtheere waren Gehülfen der Feldärzte. Eigentlich Militärärzte gab es erst seit 1597 unter Heinrich IV. von Frankreich, der die Militärlazareth gründete.

Im Preussischen Heer werden seit 1630 Regimentsscheere aufgeführt. Unter dem grossen Kurfürsten gab es bei jedem Armeecorps einen Medicus de cornu. Die Chirurgie bei den Regimentern lag in den Händen der Feldscheere. Abraham a Gehema geisselt in seiner bekannten Schrift 1690 die Unwissenheit der Feldscheere und tritt dafür ein, dass kranke Soldaten durch einen inneren Arzt behandelt werden sollen, die Feldscheere sollten wissenschaftlich weiter gebracht, auf diese Weise könne auch die Chirurgie mit der Medicin vereinigt werden. 1788 wur-

1) Pflege und Versorgung findet wie im Frieden statt. In den Gefangenen-Baracken-Lagern finden besondere Barackenlazarethe Verwendung, oder die Kranken werden den sonstigen Militärlazarethen zugewiesen.

Die Behandlung erkrankter Soldatenfrauen und Kinder findet unentgeltlich während des Feldzuges wie im Frieden entweder durch Militärärzte oder vertragsmässig verpflichtete Civilärzte statt.

den Militärchirurgen nach Oesterreich, Russland und Frankreich geschickt, der Generalchirurgus Holtzendorff legte die Berliner Anatomiekammer an: in exercitus populique salutem. 1724 wurde das Collegium medicum errichtet und mit dem Theatrum anatomicum, verbunden, um Medicochirurgen für das Heer zu bilden. Geprüften Regimentsfeldscheeren war die Erlaubniss ertheilt, innere und äusserliche Curen vorzunehmen, während dies den Kompagniechirurgen untersagt war. Seit 1726 dient die Charité zum Unterricht der Militärchirurgen.

Durch Reisen ins Ausland wurde der Erhöhung der wissenschaftlichen Bildung des Personals Rechnung getragen, Französische Chirurgen wurden unter Friedrich dem Grossen nach Preussen entsendet. Der Unterricht der Kompagniechirurgen wurde durch Bilgner, Schmucker, Theden, Mursinna verbessert und durch Unterweisung vom Regimentsfeldscheer an der Leiche und am Krankenbett gefördert. Nur in grösseren Garnisonen gab es einen wissenschaftlich gebildeten Garnisonarzt. Der kranke Soldat wurde im Quartier behandelt, aus dem Medicinkasten und der Feldapothek arzneilich versorgt und bei der Truppe verpflegt; verantwortlich war hierfür der Hauptmann. Jedem Soldaten wurden monatlich 3 Kreuzer als Apothekengroschen abgezogen, für die Garde und die Leibtrabanten lieferte die Königliche Hofapothek zu Berlin die Arzneien unentgeltlich. Der Medicingroschen wurde 1826 abgeschafft, die Arzneiverpflegung staatlich geregelt.

Die Kriege Friedrich des Grossen gaben Gelegenheit Verbesserungen im Feldwesen zu schaffen. Der Generalchirurg Schmucker liess nach der Schlacht von Liegnitz ein Dragonerregiment absitzen und die Verwundeten zu Pferde nach Breslau bringen. „Fliegende Lazarethe“ im 7 jährigen Kriege werden von Richter erwähnt; ihre Einrichtung wird jedoch von Anderen Larrey, dem Leibarzt Napoleons, zugeschrieben. Man nahm sich der Verwundeten erst an, wenn „Victoria“ geschossen war. Dem weitausschauenden Blick des grossen Königs entgingen die Mängel nicht; es kommt nicht, sagte er: bloss auf Recepte an, sondern auf alle übrigen Anstalten, die man mit einer Armee macht; eine andere Instruction des Königs lautet: sei er hübsch Vater „und Pfleger seiner Kranken“, das ist „mein Wille und wird ihm Liebe erwerben“. Das von Theden verfasste Feldlazarethreglement vom 16. September 1787 ist eine Frucht der Feldzüge und wirkte auch fördernd auf die Garnisonlazarethe, die etwa seit 1711 bestanden. Der Rheinfeldzug 1792—95 liess die Mängel der Kriegssanität hervortreten und ganz besonders die ungenügende Schulung des Personals. Ein Mann erkannte, was noth that, es war Goercke. Sein Hauptwerk ist die Gründung der „Pepinière“ am 2. August 1795; Goercke, selbst anspruchslos begründete seinen Antrag mit den Worten: „noch nie habe ich etwas für mich erbeten, ich bitte für die unglücklichen Kranken, denen noch Niemand seine Theilnahme, sein Mitleid, seine Unterstützung versagte, sobald er ihre Noth erkannte, ich bitte für das Vaterland, für die Armee, für den Vortheil des Königs selbst“. Die Pepinière vereinigte als staat-

liche Pflanzschule die Medicin und Chirurgie, sie war nicht nur von der grössten Bedeutung für das Militärsanitätswesen, weil aus ihr die grösste Mehrzahl aller Militärärzte hervorging, sie hatte auch eine allgemeine Bedeutung in der Entwicklung der Medicin.

Mit dem Fall des alten Preussischen Soldatenthums mit Stock und Zopf fiel auch das Feldscheererthum. Die Reorganisation der Armee nach dem Frieden von Tilsit und nach Einführung der allgemeinen Wehrpflicht, nach welcher die Söhne des Volkes die waffentragende Mannschaft bildete, liess der Krankenfürsorge und Krankenpflege der Armee grössere Sorgfalt angedeihen.

Die Berichte aus den Freiheitskriegen über Kriegssanität sind ergreifend und schildern das Elend der Verwundeten und Kranken. Die Apparate waren zu schwerfällig, um rechtzeitig Hülfe zu bringen, ein Aufsuchen von Verwundeten während der Schlachten erwies sich als unthunlich; 1813 werden die ersten Medicinwagen und Karren erwähnt, die hinter den Bataillonen zu bleiben hatten. Die Einrichtung von Transportkompagnien geschah auf Anregung des Prinzen August von Preussen im December 1813. Eine neue Dienstanweisung für Feldlazarethe brachte das Jahr 1834.

Von dem Gedanken ausgehend, dass nur eine wissenschaftliche Schulung der Militärärzte die Gewähr leiste, erspriesslich für das Heer zu wirken und eine angemessene Hülfe, ein jederzeit bereites technisch und praktisch brauchbares Können für den kranken Soldaten zu ermöglichen, musste die Hebung der Leistungsfähigkeit erreicht werden.

Nicht in einer cursorischen Dressur für die gerade ausreichenden Bedürfnisse der Armee, sondern in ständiger breiter, allgemeiner ärztlicher Bildung lag die Aufgabe der Zukunft.

Mit dem Augenblick, wo jeder Arzt des Heeres Gelegenheit hatte sich das medicinische Wissen des Arztes anzueignen und die Verpflichtung bestand, vor der Anstellung als Militärarzt und weiterer Beförderung die Ablegung der allgemeinen vorgeschriebenen Staatsprüfung nachzuweisen, war die Weiterentwicklung der militärischen Krankenpflege im Frieden und Kriege gesichert. Erst an die allgemeine ärztliche Bildung schliesst sich als Fachwissenschaft die Militärmedicin an. Seit dem Jahre 1852 konnte nur ein vorher approbirter Arzt Militärarzt werden. Seit dieser Zeit hat die jetztige Kaiser Wilhelm-Akademie gleichen wissenschaftlichen Schritt mit der Berliner Universität gehalten. Die Leistungen der Aerzte, sagt Schickert, welche die Anstalten für das Heer bildeten, steigerten sich von Jahr zu Jahr.

Nachdem in Bayern 1850, Sachsen 1852, Hannover 1853 Krankenträgerkompagnien eingerichtet waren, fand ihre endgültige Einführung in Preussen 1854 statt, aus ihnen entwickelten sich später die Sanitätsdetachements. Die Sanitätsdetachements gingen nach 1866 hervor aus der fahrenden Abtheilung der früheren schweren Feldlazarethe und den Krankenträgerkompagnien.

Nach einer langen Friedenszeit gaben die Feldzüge von 1864 und

1866 Gelegenheit, die Wirksamkeit der Kriegssanität zu erproben, welche in Bezug auf die Kriegskrankenpflege einen Ausdruck in der Vorschrift vom 31. Mai 1855 und in dem Reglement vom 17. April 1863 gefunden hatte. Löffler's bahnbrechenden Organisationen in den erwähnten Feldzügen ist es gelungen in der Kriegskrankenversorgung das Erreichbare zu leisten. Im Vordergrund der Bestrebungen stand die schnelle Hülfe auf dem Schlachtfelde, die Heranziehung der Feldsanitätsanstalten und die Anwendung der Krankenzerstreuung; der Abtransport in die heimischen Lazarethe wurde verbessert und gefördert. Die Einführung der Hülfskrankenträger ist auf eigene Initiative des Prinzen Friedrich Karl zurückzuführen.

Die Nutzbarmachung der wissenschaftlich-technischen Fortschritte in der Krankenpflege, niedergelegt in der Instruction vom 29. April 1869 über das Sanitätswesen der Armee im Felde, entwickelte sich aus den Erfahrungen der Kriege und liessen einen Ausbau in der Zukunft erhoffen; die Leitung der Sanitätsanstalten wurde immer mehr in die Hand des Militärarztes gelegt.

Die Leistungen der Deutschen Heeressanität im letzten Feldzuge 1870/71 sind berichtet im Sanitätsbericht, auf den hier verwiesen werden muss und der eine Fülle von Beobachtungen und Erfahrungen darbietet.

Als eine Frucht dieser Erfahrungen ergab sich als wissenschaftlich-technische Errungenschaft der Inhalt der Kriegssanitätsordnung vom 10. Januar 1878. Ihr folgte 1887 die Kriegsetappenordnung, 1888 die Krankenträgerordnung. Die Erfahrungen der Kriege in Bezug auf die Krankenpflege haben ihren Einfluss auf die Friedenssanität nicht verfehlt. Ihre werthvollste Errungenschaft war die Einführung von Chefärzten auch in die Friedenslazarethe vom 12. October 1872, die den Befehl über das Lazareth führen und so bereits im Frieden Gelegenheit haben sich für ihre Kriegsthätigkeit vorzubilden.

Mit der wissenschaftlichen Bedeutung der Armeegesundheitspflege, mit der Erforschung der ätiologischen Momente, mit der Einführung und Vervollkommnung der antiseptischen Wundbehandlung, mit ihrer Durchführung zur aseptischen, ging Krankenversorgung und Krankenpflege Hand in Hand. Es hiesse den ganzen Inhalt der Sanitätsordnungen hier erschöpfen, um zu beweisen, dass der kranke Deutsche Soldat nicht so billig als möglich, sondern so gut als möglich gepflegt wird. Die Deutschen Garnisonlazarethe sind Musteranstalten in ihrer Versorgung und Pflege. Der reichhaltige Etat an Arznei, Verbandmitteln, an chirurgischen Instrumenten, eine reichliche geeignete Krankenbeköstigung, eine sorgsame Behandlung und persönliche Theilnahme und Pflege, ein humanes Wirken bis ins Einzelne hinein, lassen weitgehende Anforderungen erfüllen und gewähren auch für die Zukunft die Aussicht, die Fortschritte der Wissenschaft und Pflorgetechnik, an Pflegepersonal und Material dem kranken Soldaten nutzbar zu machen. Von der Ausdehnung der Krankenpflege geben neuerdings die Ausstellungen, in denen

das Militärmedicinalwesen, wie es sich im Frieden und Kriege darstellt, vertreten ist, ein anschauliches Bild.

So hat die allgemeine Ausstellung für Nahrungsmittel, Volksnahrung, Armee- und Marineverpflegung vom Jahre 1897 in der Gruppe XVIII und XIX eine umfassende Kenntniss der Heeresverpflegung für kranke Soldaten dargethan und den Umfang der Fürsorge erschöpfend geschildert.

Von ganz besonderem Interesse aber war die in der Zeit vom 1.—16. October in Berlin stattgefundene Ausstellung vom Rothen Kreuz. Diese Ausstellung namentlich hat Gelegenheit gegeben den Umfang der Kriegskrankenpflege weitesten Kreisen anschaulich zu machen.

Die Verbreitung der Kenntnisse des Kriegssanitätsdienstes ist als eine Nothwendigkeit anerkannt, der Umfang der amtlichen und der freiwilligen Hülfe in einer erschöpfenden Weise dargethan worden. Bei dem lebhaften Interesse, welches im Falle eines Krieges der Kriegskrankenpflege entgegengebracht wird, ist es nöthig, den Bestimmungen gemäss sich das vor Augen zu stellen, was geleistet werden muss und was geleistet werden kann für den verwundeten Krieger. In der Erkenntniss dieser Dinge ist dem amtlichen Catalog ein Auszug aus den Dienstvorschriften vorgedruckt worden. Gerade diese Dinge sind für das Verständniss ganz besonders wichtig.

Die Gesamtausstellung des königlich Preussischen Kriegsministeriums umfasste den Kriegssanitätsdienst vom Truppenverbandplatz bis zum Reservelazareth in der Heimath. Auf gedrängtem Raume gab sie die Ausrüstung des Heeres mit Kriegssanitätsmaterial zur Darstellung und liess bis ins Einzelne hinein erkennen, wie sich der Transport eines Verwundeten vom Schlachtfeld bis zur Ankunft in der Heimath abspielt.

Das Oesterreichische Sanitätspersonal wirkt unter der Leitung des Militärsanitätscomités. Die Militärärzte wirken als Leiter der Militärspitäler, den mechanischen Theil versieht die Sanitätstruppe. Die Feldarmee erhält einen Armeeechefarzt, unter ihm wirken Sanitätschefs; der Sanitätstruppe des Friedens entsprechen die Feldsanitätsabtheilungen, hierzu treten die Festungssanitätsabtheilungen und die Reservesanitätsabtheilungen. Seit 1864 giebt es Blessirtenräger, die in Bandagenräger und Transportpersonal zerfallen und in den Kriegsspitälern als Sanitätssoldaten Verwendung finden, diese Träger sind bei der Artillerie erst neuerdings eingeführt. Neben den Truppenspitälern giebt es Garnisonspitäler, beide stehen unter Militärärzten. Für Leichtkranke werden Marodenhäuser errichtet, die Divisionssanitätsanstalten, die Feld- und Reservespitäler, Feldmarodenhäuser stehen neuerdings unter Militärärzten. Das neue Reglement von 1894 schildert im 1. Theil den ärztlichen Dienst in den stabilen Spitälern, der auch für die Feldspitäler maassgebend ist. Aufnahme, Verhalten, Unterbringung, Abgang, Beköstigung, Bestimmung für Marodehäuser werden besprochen.

In Italien besteht das Sanitätscorps aus Sanitätsofficieren und Sanitätscompagnien. Der Maggiore Generale medico ist Vorsitzender

des Comitato di sanità militare. Die Compagnien sind Bestandtheile der Lazarethe; bei den Truppen wirken besondere Portaferiti. Die Verhältnisse sind von Kern geschildert (Deutsche mil. Zeitschr. 1885. S. 9). Für die Sanitätscompagnien ist seit 1895 eine neue Instruction erlassen. Für die Sanitätsausrüstung im Felde sind vorgesehen Sanitätstornister, Sanitätsdoppelsäcke, Sanitätsdoppelkoffer, Sanitätskoffer für Alpentruppen und Bergabtheilungen, Sanitätskarren, Krankentransportwagen, Feldlazarethe und Lazarethzüge. Tschudi hat das neue Militärspital in Rom beschrieben (Roth. 1896. S. 150). In jüngster Zeit ist der antiseptische Etat bedeutend vermehrt worden. Neuerdings wird das Italienische Sanitätswesen durch das Sanitätsinspectorat geleitet. Unter ihm wirken 12 Militärsanitätsdirectionen, 24 Directionen der Hauptspitäler und 12 Sanitätscompagnien.

Das Sanitätswesen der Griechischen Armee ist neuerdings von Kowalk geschildert, es nähert sich deutschen Verhältnissen.

In Frankreich steht die Leitung des Militärsanitätsdienstes unter dem Directeur du service de santé, Divisionsärzte giebt es nur im Kriege bei den Kavalleriedivisionen. In den Lazarethen sind Chefärzte die Leiter, doch ist die Mitwirkung der Intendance eine sehr weitgehende. Das Unterpersonal zerfällt in Infirmiers und Brancardiers. Frankreich hat seit 1892 eine Kriegs-Sanitäts-Ordnung, seit 1887 sind die Verwaltungsofficiere den Lazarethen unterstellt.

Die Schulen im Val de gráce und Lyon sorgen für die Ausbildung der Militärärzte. Ein neues Reglement beschäftigte sich mit dem Etappendienst. Die Kavallerie hat in der Gefechtsform kleine Krankenwagen, aber keine Krankenträger, ebenso die reitende Artillerie.

Jedes Infanterieregiment hat einen Krankenwagen; auf die Hilfe der Musikcorps (als Träger) wird gerechnet. Das Verbandpäckchen ist seit 1894 eingeführt.

In Russland bewirken den Sanitätsdienst Aerzte, Feldscheere, Hospitaldiener und Sanitäre (Feldkrankenträger). Die Feldscheere sind Arztgehilfen. Die Oberleitung ruht in den Händen der Hauptmilitärmedicinalverwaltung, welcher ein Arzt, der Obermilitärmedicinalinspector vorsteht. Wissenschaftliche Fragen erledigt der Gelehrte Militärmedicinalausschuss, beziehungsweise der Obermilitärhospitalausschuss, im Felde die Feldsanitätsverwaltung.

Weitere Reformen sind von Wahlberg geplant worden. Eine neue Organisation besteht seit 1887. Den Krankentransport bewirken Sanitätszüge. Jede Infanteriedivision hat 8 Feldhospitäler, sie sind beweglich. Im Uebrigen hat auch hier die deutsche Kriegs-Sanitäts-Ordnung als Muster gedient.

Das Hauptmilitärsanitätscomité begutachtet alle Neuerungen auf dem Gebiet der Kriegskrankenpflege.

Der Schwerpunkt der Thätigkeit der Krankenträger ist auf das Fortschaffen gerichtet; beim Divisionslazareth sind Krankenträgercompagnien.

In England bildete sich seit 1796 ein Sanitätscorps, welches einem Generaldirector unterstellt in Physicians Surgeons und Apotheker zerfiel. Das Unterpersonal wurde 1857 in ein army hospital corps vereinigt. Neuerdings besteht die Sanitätsorganisation in einem medical staff und einem medical staff corps. Die Sanitätsmannschaften werden in den Lazarethen unterwiesen, jede Division hat eine Krankenträgercompagnie. Seit 1886 sind neue Bestimmungen über den Sanitätsdienst geltend geworden. Ein umfangreiches Blaubuch über die Indische Armee beschäftigt sich auch mit dem Kriegssanitätsdienst. Evatt hat den Dienst der Krankenträgercompagnien beschrieben. Die Feldlazarethe zerfallen in solche an der Operationsbasis und in Evacuationslazarethe. Die neue Dienstanweisung von 1893 giebt u. A. eine Beschreibung des Sanitätsmaterials im Felde. Neuerdings werden regelmässige Krankenträgerübungen abgehalten.

Den englischen Feldsanitätsdienst schildert Macnamara; jedes Corps hat 13 Feldlazarethe, den Krankentransport bewirken 2 Traincompagnien mit 26 Krankenwagen (ambulance wagons), ausserdem 1320 Miethswagen.

Die Militärkrankenpflege in Spanien ist durch Hümmerich's Berichte bekannt geworden. Der an der Spitze stehende Armeegeneral ist zugleich Chef der Intendantur; unter ihm steht die Direccion General de Sanidad militar.

In neuerer Zeit sind Reorganisationen erfolgt, die eine Verbesserung der Kriegskrankenpflege erwarten lassen.

Es ist eine Militärsanitätsacademie begründet, von der Sanitätsbrigade versieht eine Abtheilung den Sanitätsdienst bei den Lazarethen, die andere bei den Ambulancen.

In Schweden ist der Kriegssanitätsdienst nach Deutschem Muster geordnet. Eingeführt ist ein Lehrbuch des Krankendienstes für Gemeine.

In der Schweiz ist die Militärorganisation der Krankenpflege nach Deutschen Vorgängen erfolgt. Die Leitung liegt in der Hand der Sanitätstruppe als eigener Truppe, auch in Norwegen ist eine besondere Sanitätstruppe formirt, die Mobilmachung unterliegt dem Sanitätsgeneral.

In Dänemark liegt die Lazarethverwaltung seit 1886 in den Händen des Chefarztes. Im Felde stellt das Rothe Kreuz die Krankenpflege. Jede Brigade hat einen Ambulancen mit 136 militärischen Krankenträgern. Tragen, Verbandtornister und Sanitätswagen nach Preussischen Modellen werden mitgeführt. Fliegende Feldlazarethe für 100 Kranke und stehende Kriegslazarethe sind vorgesehen.

In Japan werden nach Mori Militärärzte seit 927 p. Chr. erwähnt. An der Spitze steht jetzt ein Generalstabsarzt, der Unterricht findet an militärärztlichen Schulen im Anschluss an die Universitäten statt. Eine Reihe Preussischer Militärärzte wirkt an diesen Schulen. Während des Chinesischen Krieges wurden Feldlazarethe errichtet, in denen die Pflege der Verwundeten nach Europäischen Grundsätzen erfolgte.

Das Sanitätswesen der Vereinigten Staaten hat sich modernen

Anschauungen gemäss entwickelt. Amerika ist im Secessionskriege mit dem Barackenbau vorgegangen und hat seine Feldlazarethe sehr zeitig unter die einheitliche Leitung von Chefärzten gestellt.

Es hat nicht an Reformvorschlägen gefehlt, in einem Zukunftskriege eine neue Organisation der Sanitätstaktik und Technik bei der veränderten Art der Gefechtsführung, bei der Wirkung der neuen Feuerwaffen zu schaffen. Einige der Reformen sind schon im Vorstehenden erwähnt, es ist auf diesem Gebiet eine sehr grosse Thätigkeit entfaltet worden.

Der Streit der Meinungen erhob sich zunächst um das Verbandpäckchen und um die Asepsis auf dem Schlachtfelde. Auf dem X. internationalen medicinischen Congress war die Frage angeregt worden, ob die antiseptische Wundbehandlung einheitlich innerhalb der verschiedenen Armeen gestaltet werden kann und ob sich ein aseptischer Verlauf der Wundbehandlung auch mit dem Sanitätsmaterial einer fremden Armee erreichen lässt. Verbandpäckchen sind u. A. von Longmore, Tremaine, Wagner, Bram, Zimmert construiert worden. Die Frage, ob ein Verbandpäckchen in wirksamer Weise Anwendung findet und wie sich danach die Asepsis der ersten Wunden gestalten wird, kann, wie oben erwähnt, nur ein grosser Zukunftskrieg entscheiden. Die Improvisationstechnik ist besonders von Port, dem Meister auf diesem Gebiet, und Hassler weiter ausgebaut worden. Die Beleuchtung der Schlachtfelder zum Absuchen von Verwundeten ist von Mendini, Horst, Wächter, Doby und Wels gewürdigt worden. Für die elektrische Beleuchtung der Schlachtfelder trat besonders Mundy ein (Roth 1891, S. 113). Im Garnisonlazareth Stockholm sind neuerdings Versuche mit einem Beleuchtungswagen angestellt (Roth 1896, S. 132). Neuere Beleuchtungswagen sind von Schuckert angegeben. Man hat weiter Versuche mit einem neu construirten „Beleuchtungswagen“ anstellen lassen, die günstige Resultate ergeben haben. Der Beleuchtungswagen besteht aus einem vierrädrigen Kasten, ähnlich den Munitions- und Krankenwagen der deutschen Armee, und dient dazu, das Schlachtfeld elektrisch zu beleuchten, was vor Allem für das Aufsuchen von Verwundeten von grösster Bedeutung sein dürfte. Zu diesem Zwecke enthält er einen fünfpferdigen Petroleummotor, System der Daimler'schen Motorengesellschaft in Cannstadt, der den Vorzug hat, unabhängig aller Orten zu functioniren. Der Motor ist in drei Minuten angeheizt und arbeitet 15 Stunden, ehe eine Neuffüllung des Petroleumreservoirs nöthig wird. Die Betriebskosten sind gering. In Verbindung hiermit steht nun eine Dynamomaschine von 65 Volt und 40 Ampère (aus der Maschinenfabrik Esslingen), die ihrerseits einen von Siemens u. Halske construirten Scheinwerfer bedient, der mit seinem gewaltigen Reflector das Licht stark und weit zu werfen im Stande ist. Der ganze Apparat ist verhältnissmässig sehr leicht, ohne viel Platz in Anspruch zu nehmen; der Wagen führt sogar noch alle erforderlichen Messapparate und Geräthschaften, sowie vier eiserne Lampenmasten mit, die bestimmt sind, vier

Bogenlampen (à 800 Normalkerzen) zu tragen, um bei Errichtung eines fliegenden Lazareths u. dergl. gleich ein ruhiges und gleichmässiges Licht zur Verfügung zu haben.

Weiterhin drehten sich die Anschauungen um die Anwendung der Genfer Convention auf die Hilfskrankenräger (Blessirtrräger). Es wird empfohlen, das gesammte sich mit dem Fortschaffen befassende militärische Personal unter die Genfer Convention zu stellen. Die Vermehrung der Zahl der Krankenräger wird von Billroth und Mundy warm befürwortet.

Ferner handelt es sich um den Transport selbst. In seinem Werk: „Den Kriegsverwundeten ihr Recht“ schlägt Port vor, die Tragen auf Walzen laufen zu lassen, um beim Rücktransport eine Deckung in Anlehnung an das Gelände möglichst auf ebener Erde zu gewinnen oder die Tragen an Karren unter die Achse zu hängen (Moijs System). Port spricht sich ferner für Einführung eines Krankenwagens für jedes Bataillon aus, der die Verwundeten zurückfahren soll; weitere Vorschläge sind von Baumann, Scheibe, Leu und Jacoby gemacht worden, hierher gehört auch der Goldenberg'sche Einheitswagen (Roth 1894, S. 20)¹⁾. In den Vereinigten Staaten werden für den Gebirgstransport Maulthiere und Pferde verwendet, die Engländer besitzen Maulthiertragen, die Schweiz hat besondere Gebirgsambulancen. Das Kameel im Kriegsdienst ist von Heyfelder geschildert worden (Roth 1887, S. 156).

Port hat in seinem bekannten Werk der feldärztlichen Improvisationstechnik improvisirte Kochanstalten angegeben. Er schildert Kochgruben und Herde einfachster Construction, einen Rasenkochheerd, einen Lehmkochheerd. Der Feldkochherd für tragbare Portionskochgeschirre von Kurd Hahn, welcher die gleichzeitige Zubereitung von 50 Portionen gestattet und aus einer elliptischen Blechplatte mit Ausschnitten für 30 Kochgeschirre und einem Schornstein besteht, sowie der Kochapparat für eine Compagnie im Felde desselben Erfinders, der sich zusammenpacken lässt, kann für die Verwundetenverpflegung Verwendung finden. Fahrbare Feldbacköfen sind von Geneste construirt worden. Die feldärztlichen Improvisationen sind neuerdings von Gschirhagl zusammengefasst worden.

Reiche Erfahrungen in den Kriegen der letzten Jahrzehnte sind in Bezug auf Krankenversorgung und Krankenpflege in den Berichten niedergelegt, wie sie alljährlich in den Roth'schen Zusammenstellungen (Jahresberichte) über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet des Militärsanitätswesens als Ergänzungsband zur Deutschen militärischen Zeitschrift erscheinen. Es sei hier darauf hingewiesen, insbesondere auf die Kriege, in denen die neuen Feuerwaffen zur Verwendung kamen. Ein abschliessendes Urtheil wird sich erst im Zukunftskriege ermöglichen lassen, in welcher Weise die Fortschritte in der Bewaffung, in den Aen-

¹⁾ Neuerdings sind Versuche mit dem Einrad von Jacoby-Helldörfer gemacht worden, die wahrscheinlich eine Zukunft haben. Mil. Zeitschr. 1894. S. 100.

derungen der Gefechtsweise ihren Einfluss auf Kriegsrankenversorgung und Kriegsrankenpflege haben werden.

Was das numerische Verhältniss des Sanitätspersonals zu den Kämpfern anbetrifft, so kamen einer Darstellung Froelich's folgend unter Napoleon I. auf 1 Million Soldaten 8000 Chirurgen, im Krimkrieg hatten die Franzosen einen Arzt für 1225 Mann, die Engländer anfangs einen Arzt für 266 Mann, später 1 Arzt für 415 Mann; bei Magenta kamen auf einen Arzt 175, bei Solferino 500 Verwundete, bei Novara 6 Aerzte für 4000 Verwundete. Im Krieg 1864 hatte jedes Preussische Korps, 30 000 Mann, 264 Aerzte, 350 Lazarethgehülfen, 144 Krankenküster und 203 Krankenträger. Die Zahl der Preussischen Aerzte betrug 1866 1762; der Solletat war Mitte August bis auf 250 gedeckt; 1870/71 waren im Ganzen beschäftigt 6054 Aerzte beim Norddeutschen Heere, der Feldetat betrug in Bayern 469, in Baden 125, in Württemberg 72. Nach dem Statistiker Engel hatten die Franzosen 1870/71 einen Arzt auf 500, die Deutschen bei der mobilen Armee einen Arzt auf 250 Mann.

Was die Kriegsverluste des Sanitätspersonals anbetrifft, so sind nach Roth 1813/15 von 2170 Preussischen Militärärzten 10 auf dem Schlachtfeld gefallen; 42 verwundet, 148 und 76 Civilärzte in Lazarethen verstorben. Die Oesterreichische Armee verlor nach A. L. Richter 1848/50 von 1500 Feldärzten 354; 230 starben davon am Typhus. Im Krimkrieg starben nach Chenu 82 Französische Aerzte; von 2839 Aerzten starben auf Russischer Seite 354; 1866 wurden bei der Preussischen Armee verwundet 7 Aerzte, 10 Lazarethgehülfen, 2 Krankenträger, gefallen sind 8 Lazarethgehülfen, gestorben 16 Aerzte; 1870/71 fielen auf Deutscher Seite 7 Aerzte, an Wunden starben 4, an Sturz mit dem Pferd 2, an Krankheiten sind 33 gestorben; verwundet wurden 63 Aerzte.

Der Vollständigkeit halber füge ich einige kurze Zahlen über die Kriegsverluste an. Die Zahlen sind dem Froelich'schen Werk „Militärmedizin“ entnommen.

In der Schlacht bei Cannae fielen 45 000 Fusssoldaten und 2700 Reiter, in der Schlacht von Fontenay fielen 100 000 Franken, bei Merseburg fielen 933 80 000 Barbaren, in der Schlacht auf dem Marchfeld 14 000 Streiter; bei Pultawa fielen 10 000 Schweden. Im Gefecht bei Soor fielen von 18 000 Preussischen Soldaten 1500; 3000 wurden verwundet; bei Kesselsdorf fanden sich 1604 Todte und 3158 Verwundete, bei Leuthen waren von 90 000 Oesterreichern 3000 Todte 6000 Verwundete. Napoleon I. verlor von $4\frac{1}{2}$ Millionen Soldaten in den Jahren 1792 bis 1815 150 000 Mann auf den Schlachtfeldern, $2\frac{1}{2}$ Millionen starben in den Spitälern. Nach Colb erlagen in der Zeit von 1793—1815 $1\frac{1}{2}$ Millionen den Wunden, $6\frac{1}{2}$ Millionen Krankheiten. In der Schlacht bei Bautzen fanden sich bei 150 000 Streitem 5000 Todte, 14 000 Verwundete, bei Leipzig von 170 000 Streitem 20 000 Todte, 30 000 Verwundete. Für Schleswig-Holstein wurden in den Jahren

1848—50 1364 Tode durch Verwundung, 1050 durch Krankheit berechnet. Im Krimkrieg fielen nach Chenu 53 009 Mann, 731 991 starben an Krankheiten. Nach Hausner starben im Italienischen Kriege 1859/60 129 874, bei Solferino starben von 126 722 Oesterreichischen Streitern 13 000 Mann. Im Nordstaatenheer starben an Krankheiten 224 586, an Wunden 43 000, gefallen 67 038; vom Südheer starben an Krankheiten 120 000, an Wunden 20 893. Vom Preussischen Heer wurden 1864 verwundet 2443, in der Schlacht fielen 422, später gestorben 316; 1866 starben auf Preussischer Seite 2553, nachträglich erlagen der Wunden 1519; verwundet waren 16 284; an Krankheiten starben 1427; die Oesterreicher zählten 24 096 Verwundet; es fielen 8873. Bei einer Höchstmobilstärke von 949 337 Mann wurden 1870/71 auf Deutscher Seite 116 821 Verwundungen gezählt, gefallen sind 17 255 und später gestorben 11 023. Frankreich verlor 138 871 durch Tod. Im Chilenischen Kriege wurden 13 868 Tode, 11 251 Verwundete aufgezählt. Von den neueren Kriegen berichten die Roth'schen Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militär-sanitätswesens und muss auch hier auf diese wichtige Quelle der Belehrung verwiesen werden.

Die neue Phase der freiwilligen Kriegsrankenpflege datirt seit der Entstehung des Genfer Vortrages. Sie selbst ist weit älter. Ad matres, sagt Tacitus, ad conjuges vulnera ferunt. Die biblische Samariteridee verkörperte sich in den Deutschen Ritterorden während der Kreuzzüge. Fromme Männer- und Weiberorden setzten das Liebeswerk fort. Unter der Führung fürstlicher Frauen entstanden mit dem Beginn der Freiheitskriege zahllose Wohlthätigkeitsvereine, Nächstenliebe und Barmherzigkeit zeigten sich in edelster Gestalt. Im Krimkriege leuchteten die Thaten der Miss Nightingale. Der Johanniterorden verpflegte 1864 Verwundete dreier Armeen und brachte Hilfe in freiwilliger Thätigkeit. Aus der blutigen Saat von Solferino erwuchs somit eine edle Frucht, die Gräuel der Schlachten fachten die freiwillige Begeisterung patriotischer Männer- und Frauenherzen in internationaler Ausdehnung an, nunmehr gemeinsam eine organisirte Hilfe im Anschluss an die staatliche zu schaffen. Das internationale Rothe Kreuz als Gesamtausdruck freiwilliger Thätigkeit in der Kriegsrankenpflege hat den Gedanken Dunants verwirklicht. Der Kern des Volkes steht in einem Zukunftskriege in Waffen, alle Gesellschaftsklassen haben das gleiche Interesse das Loos des Kranken und Verwundeten zu lindern. Es ist die Frage aufgeworfen worden und sie hat seit Billroth's Rede in der Oesterreichischen Delegation am 2. December 1891 eine neue Anregung erfahren: Reicht denn der staatliche Sanitätsapparat aus in Folge der Verbesserung der modernen Kriegsgeschosse und des rauchschwachen Pulvers? Er reicht aus, weil die Militärverwaltungen ein wachsames Auge haben und mit ihrer Kriegssanität den Forderungen der Neuzeit folgten. Die Deutsche Kriegs-Sanitäts-Ordnung vom 10. Januar 1878 hatte schon eine Antwort auf obige Frage in dem Sinne gegeben, dass von dem Patrio-

tismus des Deutschen Volkes nach den bisherigen Erfahrungen eine rege Betheiligung an der Fürsorge für die Pflege der Verwundeten und Kranken des Heeres zu erwarten sei. Die Militärverwaltung arbeitet innerhalb der Grenzen des Erreichbaren, sie nimmt die Mitarbeit der freiwilligen Krankenpflege als eine sittliche Verpflichtung, wie Criegern sagt, an. Die freiwillige Kriegsrankenpflege ist die Vermittlerin zwischen dem staatlich Erreichbaren und den Forderungen der allgemeinen Menschenliebe, sie ist ein liebeswerkthätiges Aufgebot des amtlichen Kriegssanitätsdienstes, der sie leitet und überwacht und dem sie organisch angegliedert wird.

Nur in diesem Sinne kann und darf sie wirken, und erst seitdem diese Erkenntniss sich Bahn gebrochen und zum Verständniss gelangt ist, wirkt sie in ihrer freiwilligen Eigenschaft festgefügt und segensreich.

Die Aufgabe der freiwilligen Krankenpflege besteht in der Unterstützung des staatlichen Kriegsrankenpflegedienstes in allen drei Bereichen; die freiwillige Krankenpflege ist in Deutschland kein selbstständiger Factor neben der staatlichen, sie wird beim Ausspruch der Mobilmachung dem staatlichen Organismus eingefügt und von den Staatsbehörden geleitet.

Personal.

Die oberste Leitung hat der Kaiserliche Commissar und Militärinspecteur der freiwilligen Krankenpflege, ihm steht ein ständiger Beirath zur Seite. Der Vorsitzende des Central-Comités der Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz ist Mitglied der Centralstelle des Kaiserlichen Commissars. Letzterer leitet im Einverständniss mit dem Generalinspecteur des Etappen- und Eisenbahnwesens den Dienst der freiwilligen Krankenpflege auf dem Kriegsschauplatz, im Inlande wirkt ein stellvertretender Militärinspecteur. Der Commissar hält Verbindung mit dem Kriegsministerium und dem Chef des Feldsanitätswesens.

Die Delegirten wirken mit den leitenden Militärärzten, welche in Betreff der Bedürfnissfrage und in allen sachlichen Beziehungen die Entscheidung haben.

Bei der Feldarmee tritt zu jeder Etappeninspection ein Armee-delegirter, jedem Feldlazarethdirector wird ein Corpsdelegirter beigegeben, zu jeder Krankentransportkommission tritt ein Etappendelegirter, auf jeder Sammelstation ist ein Unterdelegirter. Bei der Besatzungsarmee sind Corpsdelegirte, Festungsdelegirte, Reservelazarethdelegirte, Linien-delegirte. Delegirte werden vom Kriegsministerium bestätigt. Die angenommenen Aerzte der freiwilligen Krankenpflege werden gleichfalls bestätigt.

Das Personal muss Deutscher Nationalität sein, darf weder militärpflichtig noch dem activen Dienststande, noch dem Beurlaubtenstande angehören; landsturmpflichtige über 40 Jahre dürfen bestimmt werden.

Das Personal musg vorgebildet, unbescholten und zuverlässig sein; es ist den Strafvorschriften und Kriegsgesetzen unterworfen.

Freiwillig ist, wie Kriegerern sagt, strenggenommen nur noch der Entschluss theilzunehmen an den Aufgaben; mit dem Entschluss tritt eine sittliche Verpflichtung und ein gesetzlicher Zwang ein.

Bei der Armee gliedert sich das Personal in Lazarethpersonal, welches als Lazarethdetachment dem Kriegslazarethpersonal angegliedert wird, in freiwilliges Begleitdetachment für Krankentransport, in Personal für Verband und Erfrischungsstationen, in Depotpersonal auf den Sammelstationen; bei der Besatzungsarmee unterscheidet man Lazarethpersonal und Transportpersonal. Das Personal erhält freie Unterkunft und Beköstigung, auch eine Geldvergütung, freie Bahnfahrt u. s. w.; es trägt eine Felduniform nach neuem Muster mit gestempelter und bezeichneter Binde mit dem Genfer Kreuz.

Die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, die mit ihnen verbündeten Deutschen Landes-Vereine sowie die Ritterorden (Johanniter, Maltheser, St. Georgs Ritter) sind berechtigt, den Kriegssanitätsdienst zu unterstützen. Gesellschaften u. s. w., welche zu den genannten Vereinen in keiner Beziehung stehen, sind ausgeschlossen, doch hängt ihre Zuziehung in jedem einzelnen Falle von der Genehmigung des Kriegsministeriums ab.

Es kann somit in Zukunft Niemand mehr zur freiwilligen Kriegskrankenpflege gehören, wenn er nicht einem der Vereine angehört, deren Zulassung genehmigt ist; es darf persönlich keine Hilfe ausserhalb der Vereine stattfinden, kein derartiger Verein darf ausserhalb des Vereinsbundes stehen. Die Deutschen Vereine vom Rothen Kreuz, die Deutschen Landesvereine einschliesslich der Frauenvereine vom Rothen Kreuz stehen unter dem Central-Comite. Die genannten Ritterorden bilden Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen aus, geben Sanitätsmaterial und stellen Ordensspitäler zur Verfügung.

Die Zahl der Frauenvereine ist eine grosse; als Hauptverein treten hervor der vaterländische Frauenverein in Preussen, der Bayrische Frauenverein, der Albertverein in Sachsen, der Württembergische Wohltätigkeitsverein, der Badische Frauenverein, der Alice-Frauenverein in Hessen, der Mecklenburgische Marien-Frauenverein u. A. m. Seit 1871 besteht ein Verband Deutscher Frauenvereine. Das Central-Comité besteht seit 1869. Es ist der berufene Rathgeber für folgende Landesvereine: Preussischer Verein zur Pflege im Felde verwundeter und erkrankter Krieger 1864 gegründet, Bayrischer Landeshilfsverein, internationaler Verein zur Pflege im Kriege verwundeter und erkrankter Krieger in Sachsen, Württembergischer Sanitätsverein, Männerhilfsverein in Baden, Hilfsverein in Hessen, Vereine in Weimar, Mecklenburg, Oldenburg, Anhalt, Braunschweig, Sachsen-Altenburg, Schaumburg-Lippe und der freien Städte. Seit 1877 besteht eine Uebereinkunft zwischen den Männer- und Frauenvereinen in Preussen zur Lösung gemeinsamer Fragen im Wechselverkehr der beiden Vorstände und gemeinsamer Arbeit im Central-Comité, das Zusammenarbeiten findet seinen practischen Ausdruck in den Zweigvereinen und setzt sich in den Provinzialvereinen der Landesvereine fort. Das

Zusammenwirken ist auch in den anderen Deutschen Vereinen erfolgt oder wird angestrebt.

Das geschulte Krankenpflegepersonal besteht aus den katholischen Ordensschwestern, den Diakonissen und den Schwestern vom Rothen Kreuz, den Lehrpflegerinnen und dienenden Schwestern des Johanniterordens, Victoria-Olga-Schwestern, Rittberg'schen Schwestern, Verein Augustaheim, den Pflegerinnen des Märkischen Hauses für Krankenpflege zu Berlin u. s. w. Krankenpfleger entsendet abgesehen von den Ritterorden die Brüderanstalt Karlshöhe, das Ordensstift in Kraschnitz, die Genossenschaft freiwilliger Krankenpfleger im Kriege von Director Wichern, dem Vorsteher des Rauhen Hauses in Hamburg. Die Genossenschaft ist eine selbstständige Organisation, die dem Central-Comité angegliedert ist. Sie zerfällt in Verbände und Landesvereine und sichert eine systematische Ausbildung in der Kriegsrankenpflege.¹⁾

Das geschulte Begleit- und Transportpersonal stellt sich dar aus den Sanitätscolonnen, Krankentransportcolonnen, den freiwilligen Krankenträgern der Männerzweigvereine vom Rothen Kreuz, den Sanitätscolonnen der Deutschen Kriegervereine, den Turner- und Feuerwehrsanitátscorps, und anderen freiwilligen Sanitätscolonnen soweit dieselben nach den erwähnten Bestimmungen durch Anschluss an die zugelassenen Organisationen die Genehmigung zur Betheiligung erhalten.

Es ist klar, dass nur ein ausgebildetes Personal Verwendung finden und sich nützlich machen kann; in zweiter Reihe kommt eine gewisse militárische Schulung, deren Kernpunkt in Pflichteifer und Unterordnung besteht. An der Ausbildung haben sich von jeher Militärárzte in regster Weise betheiligt. Neben dem theoretischen Unterricht und dem Verständniss der Aufgaben des Pflege- und Transportpersonals ist die practische Durchbildung unerlässlich. Die Wiederholung der Course muss für die Vereine zu einem regelmässigen Dienst werden. Die Friedensarbeit muss auch hier die Kriegsverhältnisse im Auge halten. Der Inhalt des Unterrichtsbuches für freiwillige Krankenpfleger und der Rühlemann'sche Leidfaden genügt in erschöpfender Weise den Anforderungen, die an einen freiwilligen Krankenpfleger und Träger zu stellen sind.

Sanitätsmaterial.

Die freiwillige Krankenpflege hat planmässige Vorbereitungen für den Mobilmachungsfall zu treffen. Eine Organisation dieser Vorbereitung hat nach der Pannwitz'schen Anleitung in der neuesten Zeit eine ganz besondere Ausdehnung gewonnen, nachdem früher schon Brinkmann und Treuenpreuss auf die Nothwendigkeit der Friedensvorbereitung hingewiesen hatten. Das Kriegsministerium hat das Recht, die Vorbereitungen zu prüfen. In der Regel handelt es sich um Gegenstände,

¹⁾ Ich verweise hier auf den Aufsatz von Dietrich im I. Band dieses Handbuchs.

welche die Militärverwaltung nicht liefert, auch zu liefern nicht beabsichtigt. Einem weitverbreiteten Irrthum darf auch hier vielleicht mit der Angabe gewehrt werden, dass sogenannte „Liebesgaben“ für gesunde Truppen bestimmt sind. Die Sendung von Liebesgaben unter der Genfer Flagge sind ein Unfug gewesen. Arznei, Verband, Pflegemittel bedürfen einer gewissen Probemässigkeit, für die das Central-Comité eine Anleitung gegeben hat, der die staatliche Behörde zustimmte. Die alljährlich vom Kaiserlichen Commissar dem Kriegsministerium zu gebende Uebersicht an Material erstreckt sich auch auf die Kriegsbrauchbarkeit. Die Gegenstände des „freiwilligen Etats“ führen die Anlagen III—IV des Criegern'schen Lehrbuches auf. Besonders hinzuweisen wäre ausser diesem Etat auf die Beschaffung transportabler Baracken und Lazarethe, die Bereitstellung von Sanitätszügen, von zusammenlegbaren eisernen Bettstellen, die Einrichtung von Vereinslazarethen, sowie das Material für Verband, Ueberwachungs-, Erfrischungsstationen.

Die Sammlung des Materials geschieht in Vereins- und Hilfsdepots, die als ständige Friedenseinrichtungen geschaffen worden sind.

Verwendung und Sanitätseinrichtungen der freiwilligen Hilfe.

Im Anschluss an die operirende Armee kann ausnahmsweise unter besonderen Nothständen die Verwendung freiwilliger Sanitätsformationen stattfinden. Hierzu gehört die Genehmigung des Obercommandos. Es wird in diesem Falle eine freiwillige Transportecolonne einem Sanitätsdetachment angeschlossen, die sich, dem Commandeur unterstellt, ohne Genehmigung nicht trennen darf. Die Einrichtung von Lazarethen auf dem Kriegsschauplatz unterliegt der Genehmigung.

Im Bereich der Etappeninspection finden freiwillige Sanitätscolonnen als Begleitpersonal für Krankentransporte Verwendung. Für die Etappenlazarethe stellt die freiwillige Krankenpflege das Pflegepersonal. Pflegepersonal für Feld- und Kriegslazarethe kann bei längerer Etablierung auf Veranlassung der Kommandobehörden herangezogen werden. Die freiwillige Krankenpflege kann einen Lazarethzug aus eigenen Mitteln und unter eigener Verwaltung stellen. Für Hilfslazarethzüge kann das Personal der freiwilligen Krankenpflege entnommen werden; es stellt das Pflegepersonal für Krankenzüge.

Aus Reserve- und Festungslazarethen werden Verwundete und Kranke an Vereinslazarethe überwiesen. Ausgeschlossen sind ansteckende Kranke, Dienstunbrauchbare und Simulanten.

Freiwilliges Pflegepersonal findet in den Reservelazarethen Verwendung durch Meldung an der staatlichen Annahmestelle, ebenso in belagerten Festungen.

Die freiwillige Krankenpflege richtet Verband-, Erfrischungs- und Ueberwachungsstationen ein. Sie übernimmt bestimmte Verwaltungszweige in den Reservelazarethen oder in den dazu gehörigen Hilfs-lazarethen, z. B. Verpflegung oder Wäschebetrieb.

Im Inlande werden Vereinslazarethe von Orden, Genossenschaften, Vereinen errichtet. Die ärztliche Aufsicht über diese Lazarethe führt der Chefarzt des örtlichen Reservelazareths, der Reservelazarethdirector, der stellvertretende Generalarzt. Für die militärische Disciplin unter den Kranken sorgt ein commandirter Officier. Die Ausstattung der Lazarethe erfolgt durch den Verein, die Haushaltverwaltung wird selbstständig geführt. — Genesende können in Genesungsstationen und in freiwilligen Privatpflegeanstalten Aufnahme finden.

In ausgiebigster Weise ist in den Vereinslazarethen auf Behandlung, Krankenversorgung und Krankenpflege Bedacht genommen. Hier wird die freiwillige Krankenpflege selbstständige segensreiche Thätigkeit entfalten.

Transportcolonnen vermitteln die Ueberführung Verwundeter von den Bahnhöfen nach den Lazarethen und von einem ins andere Lazareth; hier werden besonders die Kriegervereinscolonnen Verwendung finden.

Es harren somit, wie Criegern sagt, der freiwilligen Krankenpflege im Rücken der Deutschen Armee eine Reihe wichtiger Aufgaben. Geht die unüberwindliche Noth hinter dem Schlachtfeld an, so findet der Thatendrang freiwilliger Pflege dort seine vollste Befriedigung und segensreiche Arbeit. Alle Kräfte sind anzuspornen, um den gewaltigen Aufgaben gerecht zu werden. Das kann nur erreicht werden, wenn schon im Frieden eine freiwillige Mobilmachung „fertig“ ist. Die Folge einer mangelhaften Kriegsvorbereitung ist Planlosigkeit und Verwirrung, die dem Ansehen und der Sache schadet. Eine praktische Kriegsvorbereitung besteht im Ausbau der Vereinsorganisation und der Verbreitung der gesetzlichen Bestimmungen. Criegern klagt mit Recht, wie gering im Allgemeinen noch das Verständniß für die Aufgaben der freiwilligen Krankenpflege sei. Der Verfasser eines Aufsatzes im Militärwochenblatt sagt: es sei der Wahn zu bekämpfen, im Falle der Noth mache sich alles von selber. Gewiss werden sich Quellen aller Art erschliessen, es ist aber nothwendig die Quellen schon vorher zu organisiren und kriegsbereit zu machen. Ruft das Vaterland, so muss auch die freiwillige Krankenpflege „mobil“ sein zum Verbinden der Wunden, die der Krieg schlagen wird.

Die schon erwähnte Ausstellung vom Rothen Kreuz hat bewiesen, dass die freiwillige Krankenpflege in Deutschland mobil ist. Die Ausstellung zeigte u. A. eine Erfrischungs- und Verbandstation, eine Erfrischungs- und Ueberwachungsstation, Arztbaracken, Krankenbaracken, Wirthschaftsbaracken, Küchenzelte mit Hahn'schem Kochherd, Feldschlächtereie, Vereinslazarethe. Von der inneren Einrichtung der Baracken heben wir Folgendes hervor:

Badezimmer:

- 1 zusammenlegbare Badewanne mit Ofen,
- 1 Badethermometer,

- 1 Arm- } Badewanne,
- 1 Fuss- }
- 1 Frottirtuch,
- 3 Handtücher,
- 1 Handtuchständer,

- 1 Stuhl,
- 1 Wassereimer,
- 1 Nachtwaschtisch,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Nachtgeschirr,
- 1 Spiegel,
- 1 Leuchter,
- 1 Matte (Kokos),
- 1 Wasserspucknapf.

Apotheke und Verbandmaterial:

- 1 Feldapothek,
- 1 Verbandschrank,
- 1 Verband-Vorratsschrank,
- 1 Operationseimer,
- 1 Nachtwaschtisch,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 2 Handtücher,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Spiegel,
- 1 Stuhl,
- 1 Wasserkaraffe,
- 1 Glas,
- 1 Handlaterne,
- 1 Beleuchtungskiste,
- 1 Wasserspucknapf.

Operationszimmer:

- 1 Operationstisch, zusammenlegbar,
- 2 Instrumentenkasten, gemischt,
- 2 Taschenbestecke für Aerzte,
- 1 Bakteriologischer Kasten,
- 1 Mikroskop,
- 3 Irrigatoren (Glas, Email, Gummi) mit Schlauch und Canüle,
- 2 Glasschaalen, } zur Desinfection
- 2 emaillierte Schaalen, } von Instrumenten,
- 6 Eiterbecken (Glas, Email, Hartgummi),
- 1 Röntgen-Apparat,
- 1 Photographischer Apparat,
- 1 Blechkasten, 1. Hülse,
- 2 Sterilisatoren,
- 1 Glaskästchen für Seide,
- 3 Gläser mit Drains,
- 1 Operationsleuchter,

- 1 Inductionsapparat,
- 1 Inhalationsapparat,
- 4 Injectionsspritzen,
- 1 Kästchen mit engl. Schienen,
- 1 Operationseimer,
- 1 Reifenbahn,
- 2 Tische (zusammenlegbar) für Instrumente mit Wachstuchdecken,
- 1 Stuhl,
- 6 Operationsröcke (3 Gummi-, 3 Leinen-),
- 3 Operationsschürzen, leinene,
- 3 Nachtwaschtische,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Nagelbürste,
- 3 Handlaternen,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Krankenwagen mit grauer wollener Decke,
- 1 Beleuchtungskiste.

Chefarztzimmer:

- 1 Tisch (zusammenlegbar) mit bunter Decke,
- 6 Stühle (zusammenlegbar),
- 1 Nicolai'scher Hausrathskasten (2 Tische und Bänke),
- 1 Divan,
- 1 Nachtwaschtisch nach Menger,
- 1 Wasserkrug,
- 1 Waschbecken,
- 1 Seifnapf,
- 1 Handbürste,
- 1 Handtuch,
- 1 Wasserkaraffe mit 6 Gläsern,
- 1 Handtuchständer,
- 1 Uhr,
- 1 Spiegel,
- 1 Schreibzeug,
- 1 Schreibmappe,
- 1 Thermometer (Zimmer-),
- 1 Sanitätsschiff (Modell) Ausstellung Berlin 1896.
- 1 Leuchter,
- 1 Spucknapf.

Krankenbaracke:

- 16 Feldbettstellen,
- 16 Matratzen (Rosshaar),
- 16 Kopfpolster (Rosshaar),

16 Decken, wollene,	16 Messer und Gabeln,
16 Bettbezüge,	16 Löffel,
16 Kissenbezüge,	16 Theelöffel,
16 Laken,	16 Nachtgeschirre
16 Krankenröcke,	2 Wasserspucknäpfe
16 Krankenhosen,	16 Speigläser,
16 Hemden,	16 Schiffsstühle,
16 Paar Strümpfe,	2 Oefen (Cade),
16 Handtücher,	1 Thermometer (Zimmer-),
16 Paar Pantoffeln (Leder),	4 Thermometer (Maximal-),
16 Nachtwaschtische mit Vorhängen,	1 Spiegel,
16 Wasserkrüge	1 Beleuchtungskiste,
16 Waschbecken	1 Abortteimer,
16 Seifnäpfe	2 Stechbecken,
16 Suppennäpfe	1 Staubbesen,
16 Teller	1 Müllschippe,
16 Trinkbecher	4 Eckbretter mit Gardinen.

Gurlt hat nachgewiesen, dass vor der Genfer Convention 291 internationale Verträge bekannt sind, welche dem Gedanken Dunant's verwandt waren. Der Abschluss der Genfer Convention hat Anlass gegeben zu einer organisirten internationalen Vereinigung, der nach Bircher beigetreten sind: Argentinien, Belgien, Bolivia, Bulgarien, Chile, Congo, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Italien, Japan, Luxemburg, Montenegro, Niederlande, Vereinigte Staaten von Nordamerika, Oesterreich-Ungarn, Persien, Peru, Portugal, Rumänien, Russland, Salvador, Schweden und Norwegen, Schweiz, Serbien, Spanien, Türkei.

Das Gefühl der gegenseitigen Hilfe, welches in den Verträgen zum Ausdruck kam und in der Genfer Convention zum ersten Mal einen allgemeinen Umfang annahm und weiteren Kreisen kund wurde, veranlasste die Vorstände der nationalen Vereine vom Rothen Kreuz zur Schaffung eines internationalen Comité's vom Rothen Kreuz, welches in Genf seinen Sitz hat und dessen Präsident Moynier ist, einer der Mitbegründer der Genfer Convention. Das Comité, seit der Convention bestehend, schuf 1870 die internationale Agentur zu Basel, die bis zum Ende dieses Krieges bestand, 1877 eine solche in Triest. Das Comité setzt von Zeit zu Zeit internationale Conferenzen an, die letzte fand zu Wien 1897 statt. Sie behandelte die Genfer Convention im Seekrieg, die Einführung der Asepsis, betonte die Kriegsbereitschaft der Vereine vom Rothen Kreuz, den Unterricht des Pflegepersonals für Kriegzeiten u. s. w.¹⁾

In Oesterreich sammelten sich die verschiedenen Hilfsvereine, die in den Kriegen der Monarchie reichliche Hilfe geleistet hatten, 1880 zur Oesterreichischen Gesellschaft vom Rothen Kreuz, in Ungarn wirkte der Verein vom Rothen Kreuz in den Ländern der heiligen Krone Ungarns.

¹⁾ Die Friedensconferenz im Haag will sich mit dem weiteren Ausbau der Genfer Convention beschäftigen.

In der Schweiz wirkt der Schweizerische Centralverein vom Rothen Kreuz.

Das Dänische Rothe Kreuz, die Vereine in Schweden und Norwegen haben wiederholt eine internationale Wirksamkeit entfaltet.

In England vereinigte sich das Westminster Comité, der Britische nationale Verein, das Chafford-House-Comité zu gemeinsamem Handeln in der freiwilligen Kriegsrankenpflege. Der Niederländische Verein zur Gewährung von Hilfe an kranke und verwundete Krieger in Kriegszeiten, der Belgische Verein vom Rothen Kreuz haben sich im Feldzuge 1870 und in den Orientkriegen 1877/78 bewährt.

In Frankreich organisirte sich 1865 ein Verein zur Pflege verwundeter Krieger der Land- und Seemacht. Die Hilfe des Central-Comités während des Feldzuges 1870 war eine sehr schwierige; in Italien bestand ein Central-Comité seit 1872; eine Neubildung desselben fand 1884 in Rom statt. Die Spanischen und Portugiesischen Vereine übten in Anschluss an die Baseler Agentur 1870 ihre Thätigkeit aus. Der Vorgänger freiwilliger Pflegebestrebungen war in Russland eine Invalidenstiftung, die Petersburger patriotische Damengesellschaft, die Gesellschaft zur Pflege verwundeter und erkrankter Krieger, wirkten segensreich während des Serbisch-Türkischen und des Russisch-Türkischen Krieges und constituirten sich zum Russischen Verein vom Rothen Kreuz. Die Bulgarischen und Serbischen Vereine fanden im Serbisch-Bulgarischen Kriege ein reiches Feld der Thätigkeit. Der Verein vom Griechischen Rothen Kreuz leistete in den Kriegsnothständen Beihilfe. Der Rothe Halbmond im weissen Feld, das Zeichen des Ottomanischen Vereins zur Pflege verwundeter Krieger wurde durch internationale Bemühungen unterstützt. Nord- und Südamerika, Peru, die Afrikanische, die kaiserlich-Japanische Gesellschaft vom Rothen Kreuz entwickelten sich theils selbstständig, theils wirkten sie nach Europäischem Muster segenspendend und wohlthätig auf dem Gebiet der Krankenversorgung und Krankenpflege.

In Deutschland darf eine internationale freiwillige Hilfe im Inlande nur ausnahmsweise und nur mit kriegsministerieller Erlaubniss erfolgen.

Schlusswort.

Der gesammte Kriegssanitätsdienst aller Nationen muss den wissenschaftlichen und technischen Errungenschaften gemäss schon im Frieden gerüstet und mobil sein. Diese Bereitschaft der Kriegsrankenpflege und Krankenversorgung kann auf zwei Arten gefördert werden.

Das Wesentlichste im Kriege ist die Schaffung von Unterkunftsstätten, das Aussuchen der Plätze für die Sanitätsdetachements, für die Verbandplätze und Feldlazarethe. Zweckentsprechende Dispositionen sind selbstständig zu treffen, um auf Grund der gut gewählten Unterkunft die ärztliche Behandlungsweise anzuwenden. Der Krieg stellt ganz andere Anforderungen an den Militärarzt wie der Frieden, er verlangt eine ganz andere Thätigkeit mit neuen Formationen und unter viel schwereren Verhältnissen; der Feldsanitätsdienst ist ein wichtiger Zweig und schon im Frieden soweit angängig zu üben.

Vorbereitungen für den Kriegsfall im Sanitätsdienst sind deshalb seit einer Reihe von Jahren bei den verschiedenen Nationen in mannigfacher Ausdehnung angestellt wurde. In Deutschland sind solche Uebungen von Knoevenagel, vom Verfasser, von Peltzer und Jacobi und Nicolai empfohlen worden. Sie gewähren den Vortheil zu lernen sich in die Kriegsverhältnisse einzuleben und den gegebenen Verhältnissen gemäss zu disponiren¹⁾.

Ein zweiter Punkt die Kriegsbereitschaft des Sanitätswesens zu erhöhen und zu vermehren besteht in dem Austausch der wissenschaftlichen Erfahrungen zwischen den Nationen. Was von einer Nation abgegeben wird an Erfahrungen, fliesst den Verwundeten einer anderen Nation zu. Auf dem Gebiet des Militärsanitätswesens giebt es, wie Virchow sagt, keine Geheimnisse.

Wiederholt ist von dem Chef des Preussischen Sanitätscorps Excellenz von Coler auf die Wichtigkeit eines derartigen Austausches gegenseitiger Erfahrungen auf den grossen medicinischen Congressen unserer Tage hingewiesen werden. Mit der vollsten Innehaltung unseres nationalen Standpunktes, sagt der Preussische Generalstabsarzt der Armee, lässt sich eine internationale Förderung der Bestrebungen zum Wohle der Verwundeten unschwer vereinigen.

In diesem Sinne wird auch in der Zukunft die Arbeit an der Kriegskrankenpflege und der Krankenversorgung reiche Frucht tragen.

Nur diejenige Armee, sagt Generaloberarzt Haase in seiner bereits erwähnten Preisschrift, wird den Forderungen der Humanität bezüglich der Unterbringung ihrer Verwundeten und Kranken auf dem Kriegsschauplatz nach Möglichkeit entsprechen, welche alle hierauf gerichteten Maassnahmen schon im Frieden soweit trifft, als sie auf deren rechtzeitige Ausführung nach Erlass des Mobilmachungsbefehls nicht mit voller Sicherheit rechnen kann.

Die Bergung aber der Verwundeten und Kranken, sagt der Sanitätsbericht über den Krieg 1870/71, ist nicht nur zeitlich die erste Aufgabe der Sanitätsorgane, sondern auch die Grundlage für jede weitere gedeihliche Beistandleistung.

Es gilt als allgemein anerkannt, dass in Deutschland die Pflege und Versorgung des verwundeten Kriegers auf der Höhe der Zeit steht und dass die ausserdeutschen Staaten sich bemühen dem Deutschen Beispiel zu folgen.

Für alle Nationen aber gilt auch in Bezug auf die Kriegskrankenpflege der Grundsatz: *Si vis pacem, para bellum.*

¹⁾ v. Oven, Tactische Ausbildung der Sanitätsofficiere. Berlin. Eisenschmidt. 1899. Friedheim und Richter, Taschenbuch für den Felddienst des Sanitätsofficiers. Berlin. Hesse. 1899.

Anhang.

Bestimmungen der Kriegs-Sanitäts-Ordnung, welche sich auf die spezielle Krankenpflege beziehen mit gleichzeitigem Hinweis auf die entsprechenden Vorschriften der Friedens-Sanitäts-Ordnung.

Begriff des Krankendienstes	K.S.O. § 3, F.S.O. § 3.
Anspruch auf Krankenpflege	K.S.O. § 4, F.S.O. § 4.
Kriegsgefangene	K.S.O. § 5.
Truppsanitätsdienst	K.S.O. § 24, F.S.O. § 7.
Krankenstuben.. . . .	K.S.O. § 28.
Dienst auf dem Hauptverbandplatz	K.S.O. § 38.
Dienst im Feldlazareth	K.S.O. § 65, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenpflege an den Etappenorten	K.S.O. § 103.
Etappenlazarethe	K.S.O. § 104.
Dienst im Kriegslazareth	K.S.O. § 108, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenvertheilung	K.S.O. § 124 u. folgende.
Krankendienst während der Eisenbahn- fahrt	K.S.O. § 149.
Krankendienst auf dem Hilfslazareth- zug	K.S.O. § 166.
Pflegepersonal der Krankenzüge	K.S.O. § 173.
Sanitätsdienst in Festungen und Festungslazarethen.	K.S.O. § 181, F.S.O. § 64 u. folgende.
Krankenversorgung in Reservelaza- rethen	K.S.O. § 183, F.S.O. § 64 u. folgende.
Vereinslazarethe und Privatpflegean- stalten	K.S.O. § 193, 214 und 221.
Spezielle Dienstanweisung für Aerzte und Krankenträger des Sanitäts- detachements	K.S.O. § 202.
Lazarethaufseher	F.S.O. 19, Beilage S. 543.
Dienstanweisung für Krankenwärter	K.S.O. § 204, F.S.O. 20, Beilage S. 546.

Die Etats sind im zweiten Band (Beilagen) enthalten.

Es kommen in Betracht:

- Beilage 1. Sanitätsausrüstung für Truppen.
- Beilage 5. Medicinisch-chirurgischer Etat für Feldlazarethe.
- Beilage 6. Oekonomischer Etat für Feldlazarethe.
- Beilage 8. Beköstigung.
- Beilage 11. Feldbettstellen.
- Beilage 16. Verhaltungsbefehle für Kranke F.S.O. Beilage 32, S. 628.
- Beilage 41—46. Lazarethzüge.

Ausserdem der Inhalt der Krankenträgerordnung und der Felddienstordnung, soweit sie auf den Sanitätsdienst Bezug haben.

Specielle Krankenversorgung.

V. Für Soldaten.

2. Bei der Marine.

a) Im Frieden.

Von

Hafenarzt Dr. **Nocht** in Hamburg.

Oberstabsarzt I. Kl. der Seewehr II. Aufgebots.

Die an die Krankenpflege an Bord von Seeschiffen gestellten Aufgaben unterscheiden sich weder in ihrem Wesen noch in ihrem Umfange von denen, die die Krankenfürsorge auf dem Lande zu erfüllen hat. Ausser der Seekrankheit, die meist ohne besondere Pflege und Behandlung in kurzer Zeit überwunden wird, giebt es keine Krankheiten, die dem Schiffsleben eigenthümlich oder durch dasselbe so beeinflusst wären, dass für die Krankenpflege dabei andere Aufgaben erwachsen oder ein geringeres Maass von Sorgfalt nöthig wäre, als auf dem Lande. Auch der Kreis der Krankheiten, welcher in Betracht kommt und die Erkrankungshäufigkeit, auf welche bei den Vorkehrungen für die Krankenpflege an Bord Bedacht genommen werden soll, sind nicht geringer, als auf dem Lande bei Menschengruppen von ähnlicher Zusammensetzung. Eher ist, und nicht blos bei Reisen in ungesunden Klimaten und von epidemischen Krankheiten ergriffenen Gegenden, das Gegentheil der Fall (s. u.). Das Seeleben und das Seeklima sind nur unter bestimmten, nicht immer an Bord gegebenen Voraussetzungen und nur für einen beschränkten Kreis von Krankheiten als ein günstiger Heilfactor anzusehen. Reconalescenten und nervöse Kranke, die den Aufenthalt in der ersten Kajüte eines modernen Dampfers bestreiten können, dürfen gewiss von einer ruhigen Seereise einen sehr günstigen Einfluss auf ihre Gesundheit erwarten, Phthisiker aber nur dann, wenn sie in einem heiteren, mildereren

Klima, als es das unsrige ist, reisen können. Bei Sturm, Kälte und Regenwetter sind Lungenleidende an Bord von Schiffen entschieden weit übler daran als in geschützten Anstalten auf dem Lande.

Bettlägerige Kranke sind an Bord auch unter den günstigsten äusseren Bedingungen schlechter untergebracht als in guter Pflege auf dem Lande. Wohl nirgends ist für sie an Bord auf die Dauer die nöthige geistige und körperliche Ruhe zu erreichen. Auf dem Lande fällt es Niemandem ein, bettlägerige Kranke den äusseren Einflüssen ihres Berufes, ihrer Arbeit weiter auszusetzen. An Bord bleiben die Kranken immer im Banne des übrigen Schiffslebens. Sie sind von der Aussenwelt und dem Tagesgetriebe nur durch Bretterwände oder dünne Eisenplatten geschieden, sie hören den Lärm der Elemente, der Maschinen und Menschen aus unmittelbarer Nähe. Auch können weder die Schiffsbewegungen in der rollenden See, noch die Erschütterungen des Schiffskörpers durch die Schiffsschrauben für die Kranken ganz unfühler gemacht werden. Dasselbe gilt von der grossen Luftfeuchtigkeit an Bord und den allgemeinen Witterungseinflüssen.

Ueber die auf dem Lande für die Pflege von Kranken nothwendigen Einrichtungen und Hilfsmittel herrscht jetzt im Allgemeinen keine Meinungsverschiedenheit mehr. Mindestens in den Krankenhäusern — und diese stehen bei uns auch dem Aermsten offen — bestrebt man sich überall die von der Wissenschaft gestellten Anforderungen für die Kranken möglichst uneingeschränkt praktisch durchzuführen. Können nun für die Verhältnisse an Bord von Seeschiffen — abgesehen von den eben erwähnten, jetzt und wohl auch in Zukunft nie ganz zu überwindenden Beeinträchtigungen der Krankenpflege — wenigstens in allen übrigen Beziehungen ähnliche Minimalforderungen gestellt werden wie auf dem Lande? Möglich wäre es schon, dem hohen Stande der Schiffsbau-technik entsprechend, die auf dem Lande erprobten Hilfsmittel und technischen Einrichtungen in annähernd demselben Grade und Umfange auch für die Kranken an Bord der Schiffe auszunutzen. Würde aber nicht der übrige Schiffsbetrieb beeinträchtigt und der Geldaufwand im Verhältniss zu den eigentlichen Zwecken der Seefahrt dafür zu gross werden, wenn man die Vorkehrungen für die Kranken an Bord den Verhältnissen auf dem Lande überall möglichst ähnlich zu gestalten suchte?

Das Seeschiff ist eine kleine Welt für sich, in welcher eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Menschen zusammengedrängt ausschliesslich auf durchaus künstliche Einrichtungen zum Leben angewiesen ist. Abgesehen von dem Leben sehr reicher Leute auf einzelnen Privatfahrzeugen und den Kajütspassagieren auf den modernen Schnelldampfern, müssen sich deshalb die Gesunden an Bord noch überall mehr oder weniger grossen Beschränkungen in ihrer Lebensführung unterwerfen. Trotz der Leistungen unserer so sehr vervollkommneten Schiffsbau- und Gesundheitstechnik würde der Zweck der Schifffahrt in Frage gestellt werden, wenn man überall für die Gesunden an Bord dieselben Normen der Lebensführung verwirklichen wollte, die man zur Erhaltung der Ge-

sundheit auf dem Lande beansprucht. Man denke z. B. nur an den auf dem Lande für jeden einzelnen Bewohner geforderten Luftraum in den Wohnungen. Nur über das Maass der Beschränkungen, denen sich die Gesunden an Bord unterwerfen müssen, kann man verschiedener Ansicht sein.

Wenn nun auch die Zahl der an Bord zu erwartenden Kranken etwas höher anzusetzen ist, als für Menschen in demselben Alter und ähnlichem Berufe auf dem Lande, so sind doch für gewöhnlich die pflegebedürftigen Kranken an Bord nie so zahlreich, als dass durch eine angemessene Fürsorge für sie der Zweck der Schifffahrt und der Schiffsbetrieb in Frage gestellt werden könnte. Das gilt zum mindesten für alle grösseren Schiffe. Gegenüber den allgemeinen Erbauungs- und Betriebskosten für unsere modernen, grossen Dampfer (Kriegs- und Handelsschiffe) erfordern die Einrichtungen für die Unterkunft, Pflege und Behandlung an Bord auch bei weitgehenden Ansprüchen ein sehr bescheidenes Maass von Geldaufwand. Dasselbe gilt von den technischen Einrichtungen, dem Raum und dem Personal gegenüber dem ganzen übrigen Betrieb auf unseren grossen, modernen Schiffen. Es darf sich also mindestens auf diesen Schiffen nicht mehr darum handeln, dass dem allgemeinen Betrieb möglichst viele der von Alters her üblichen Concessionen in den Einrichtungen und Hilfsmitteln zur Krankenpflege an Bord gemacht werden. Das mag für ältere und kleinere Schiffe bis zu einem gewissen Grade noch berechtigt sein. Auf den modernen Schiffen ist es ohne Betriebsstörung und ohne unverhältnissmässigen Geldaufwand möglich, die meisten Einrichtungen und Hilfsmittel, die in der Krankenpflege auf dem Lande erprobt sind, auch an Bord einzuführen. Dass das in immer grösserem Umfange geschehe, muss das Ziel der Krankenfürsorge an Bord sein.

Diese Grundsätze scheinen jetzt auch in den Kriegsmarinen der grossen Kulturstaaten allgemeine Anerkennung gefunden zu haben. Es ist aber noch nicht sehr lange her, dass man die Verhältnisse nach diesem Maass zu beurtheilen angefangen hat.

Geschichtliche Studien über die Krankenfürsorge auf Kriegsschiffen des Alterthums und Mittelalters hat Rho angestellt. Aus dem Alterthum wissen wir über die Fürsorge für die Kranken und Verwundeten auf den Seezügen der Phönizier, Karthager, Griechen und Römer so gut wie nichts. Nach Rho wird von einzelnen Herrschern und Heerführern allerdings berichtet, dass sie sich auch über See von ihren Leibärzten begleiten liessen. Als erster Schiffsarzt könne, der Sage entsprechend, kein Geringerer als Aeskulap selbst durch seine Theilnahme an dem Argonautenzuge gelten. Später hören wir nichts mehr über ärztliche Fürsorge an Bord bis zur Zeit der Römischen Kaiser, in deren Flotten besondere Chirurgen thätig waren. Auf den Galeeren des Mittelalters war, wie Rho berichtet, den Kranken und Verwundeten ein besonderer Platz im Vorderschiff, woselbst sich auch eine Wundarzneikiste befand, vorbehalten. In den Kreuzzügen sorgten die Johanniterritter für die

Kranken auf den Transportschiffen. Die Venetiantischen Galeeren hatten nach Rho Schiffsärzte an Bord. Ihr Monatssold betrug im 16. Jahrhundert 16 Lires. Hundert Jahre später hören wir von den ersten schwimmenden Lazarethen, die in Italien theils für die aus der Fremde krank zurückkehrenden Seeleute, theils für Pestkranke errichtet wurden. In Frankreich erliess zuerst Ludwig XIII. bestimmte Anweisungen über die Krankenpflege an Bord für die Kapitäne seiner Kriegsschiffe; u. a. sollten nur „gute, unterrichtete und treue“ Chirurgen für den Dienst an Bord ausgewählt werden. Ludwig XV. von Frankreich ernannte die Schiffsärzte selbst. Von dieser Zeit an datirt in Frankreich die Einrichtung eines Marinesanitätscorps. Im Allgemeinen blieb die Krankenfürsorge auf den Kriegsschiffen bis in unser Jahrhundert hinein äusserst dürftig und unvollkommen, nicht blos im Vergleich zu ihren heutigen Leistungen, sondern auch den damaligen Verhältnissen in den Landarmeen gegenüber. Noch auf den grossen Linienschiffen mit vielen Hundert Mann Besatzung, den gewaltigen Dreideckern, mit denen die Spanier, Holländer, Franzosen, Engländer, Russen, Dänen ihre Seeschlachten schlugen, und die noch bis zum Anfang der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts den Hauptbestandtheil der Kriegsflotten ausmachten, gab es weder besonders eingerichtete, durch feste Wände abgeschlossene Krankenzimmer, noch sonstige, der Landpflege gleichkommende Einrichtungen für Verwundete und Kranke an Bord. Der Gesundheitszustand auf diesen Schiffen war in der Regel ungünstig; nach den uns von Blane und anderen Autoren für die englische Marine aus dem Ende des vorigen und Anfange dieses Jahrhunderts überlieferten Nachrichten lag an Bord der Englischen Kriegsschiffe dauernd durchschnittlich ein Fünftel der Besatzung und mehr schwer krank darnieder. Die durchschnittliche, jährliche Sterblichkeit betrug 140—150 pm. Die Krankheiten, welche so viele Opfer forderten, waren hauptsächlich Skorbut, exanthematischer und Abdominaltyphus, Malaria, Ruhr und Pocken. Die Kranken lagen hinter Segeltuchvorhängen in Hängematten oder auch auf unmittelbar auf dem Fussboden ausgebreiteten Matten oder Matratzen im Vorderschiff oder, wie eine Zeit lang auf den Französischen Linienschiffen, im untersten Zwischendeck, in dem der Arzt bei seinen Krankenbesuchen mit einer Laterne in der Hand von einer Matratze zur anderen kriechen musste. Später wurde allgemein der vorderste Schiffsraum über dem Hauptdeck (Back) oder unter demselben (Vorbatterie) als Schiffs lazareth benutzt. Aber auch noch in diesem Jahrhundert vertrat dabei auf den meisten Schiffen Segelleinwand die Stelle fester Wände. In dem so abgetheilten Raum fehlte es an jeder besonderen Ausstattung, etwa mit geeigneten Lagerstätten, Krankengeschirr, Badevorrichtungen, Kloset u. dergl. Die Kranken brachten ihre Hängematten mit dorthin. Indessen war der Raum, wenigstens bei gutem Wetter, hell, geräumig und gut zu lüften. Die Behandlung und Pflege der Kranken lag auf den kleineren und mittleren Schiffen in den Händen niederer Wundärzte und Heilgehülfen; nur auf dem Admiralschiff und den grössten Linienschiffen waren Aerzte als Schiffs oberärzte neben Wund-

ärzten eingeschifft. Die Aerzte resp. Wundärzte erhielten in der Regel ausser ihrem Gehalt eine jährliche Geldsumme für Medikamente, Verbandzeug und Instrumente und oft klagten die Aerzte, dass diese Mittel zu knapp bemessen seien, und theure Arzneien, wie Chinarinde, damit nicht angeschafft werden könnten. Besondere Krankenkost gab es in der Regel nicht.

Die tägliche Ration an Salzfleisch, Hartbrot und Hülsenfrüchten wurde den Kranken ebenso ausgetheilt, wie der übrigen Schiffsmannschaft. Die meisten Schwerkranken verweigerten aber diese nicht einmal für den Magen eines Gesunden auf die Dauer erträgliche, einförmige, ungeschmackhafte Kost oder sie konnten sie mit ihren geschwächten Verdauungsorganen nicht ausnutzen. So gingen viele Kranke allein an Erschöpfung zu Grunde. Nur auf besonderen Befehl des Admirals wurden in der Flotte leichtere Speisen, wie frisches Brot und Fleisch, Gemüse oder Stärkungs- und Erfrischungsmittel, Wein, Eier, Citronensaft, für die Kranken angeschafft und verabfolgt. In der holländischen Marine erhielt der Kapitän, dem für die Verpflegung der ganzen Mannschaft ein Pauschquantum an Geld gezahlt wurde, für die Kranken einen kleinen Betrag mehr, mit dem Erfrischungen und bessere Kost bestritten werden konnten. In der Englischen Marine dauerte es bis zum Jahre 1835, ehe besondere Krankenkost eingeführt wurde, obwohl die Flottenärzte, welche den Sanitätsdienst der Geschwader leiteten, solche besondere Verpflegung für die Kranken an Bord schon seit sehr langer Zeit forderten (Cockburn Ende des 17., Blane Ende des 18. Jahrhunderts).

Wo es anging, wurden übrigens schon damals die Kranken von den Schiffen in Landhospitälern geschafft. Die Militär- und Marinehospitäler waren aber bekanntlich noch bis tief in unser Jahrhundert hinein fast überall sehr mangelhaft eingerichtet und bildeten die Brutstätte einer Reihe von Infectionskrankheiten, insbesondere schwerer Wundepidemien. Oft erholten sich, wenn das Schiff erst in den Hafen gelangt war, und die Verpflegung mit frischem Proviant aufge bessert werden konnte, die an Bord gebliebenen Kranken schneller als die in die Landhospitäler ausgeschifften. In der Englischen Marine war für die Ausschiffung der Kranken das Einverständnis der Landhospitalärzte nothwendig. Wenn diese einen ausgeschifften Kranken zurückschickten, weil nach ihrer Ansicht seine Behandlung im Landhospital nicht nothwendig war, so musste der Schiffsarzt eine Strafe von 20 Schillingen bezahlen.

Erst als in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts die Panzerschiffe aufkamen, wurden diese Verhältnisse besser. Die grösseren unter ihnen waren überall mit festen Lazarethen ausgestattet. Noch in der 70er Jahren klagt aber Fonssagrives darüber, dass viele der grösseren Französischen Dampfkorvetten keine besonderen Krankenräume hätten. Man musste sich mit provisorisch hergestellten Schiffslazarethen behelfen. Gelegentlich wurden, wenn diese Korvetten, wie dies meist der Fall war, unter Segel waren, und die Maschine stillstand, auch die Maschinenräume als Lazarethe benutzt.

Die junge Deutsche Marine hat diese Zustände nicht miterlebt. Von Anfang an wurde grade in unsrer Marine auf die Erfüllung der Forderungen der Humanität und der ärztlichen Wissenschaft sowohl im Allgemeinen, wie ganz besonders bei der Krankenpflege in hervorragender Weise Bedacht genommen.

Die Kopfstärke der Deutschen Marine war 1898 bis auf ungefähr 18500 Mann angewachsen, wird sich aber in den nächsten Jahren und Jahrzehnten voraussichtlich verdoppeln und verdreifachen. Durchschnittlich befinden sich zwei Drittheile der Mannschaften an Bord unserer Kriegsschiffe, die übrigen auf dem Lande.

Die Kopfstärke belief sich:

bei der Englischen Marine 1896 auf 72620 Mann	bei der Oesterreichischen Marine 1896 auf 9781 Mann	bei der Italienischen Marine 1896 auf 23322 Mann
bei der Amerikanischen Marine 1896 auf 14196 Mann	bei der Japanischen Marine 1896 auf 13006 Mann	

Der Gesundheitszustand, die Erkrankungshäufigkeit, die Art der Krankheiten und die Sterblichkeit sind natürlich nach den Gegenden, in denen die Kriegsschiffe sich bewegen und den Aufgaben, die der Marine zufallen, sehr verschieden. Der allgemeine Krankenzugang für die ganze Deutsche Marine ist im Durchschritt der letzten 10 Jahre nicht wesentlich höher als in der Armee und etwas niedriger als in der englischen Marine gewesen.

Der tägliche Krankenstand belief sich in der Deutschen Marine 1895/96 auf 37,2 pM., 1896/97 auf 39,8 pM., und zwar an Bord auf 40,0 bezw. 42,3 pM. und am Lande auf 33,3 bezw. 36,2 pM. der Kopfstärke.

In den fremden Marinen betrug der tägliche Krankenstand:

in der Englischen Marine 1895: 41,63 pM. 1896: 39,08 pM.	in der Oesterreichischen Marine 1895: 32,0 pM. 1896: 30,3 pM.	in der Italienischen Marine 1895: 29,47 pM. 1896: 28,05 pM.
in der Amerikanischen Marine 1895: 34,27 pM. 1896: 29,71 pM.	in der Japanischen Marine 1895: 40,88 pM.	

Die durchschnittliche Behandlungsdauer belief sich (einschliesslich der in Landlazarethen des In- und Auslandes behandelten Schiffskranken) in der ganzen Deutschen Marine 1895/96 auf 14,5 und 1896/97 auf

15,3 Tage und ist im Vergleich zu 1894/95 um 1,0 bzw. 1,8 Tage gestiegen.

Sie betrug:

in der Englischen Marine	in der Oesterreichischen Marine	in der Italienischen Marine
1895: 14,9 Tage	1895: 18,8 Tage	1895: 24,3 Tage
1896: 14,3 „	1896: 17,37 „	1896: 24,2 „
in der Amerikanischen Marine	in der Japanischen Marine	
1895: 14,92 Tage	1895: 37,81 Tage	
1896: 13,98 „		

Jeder Mann der Kopfstärke war in der Deutschen Marine durchschnittlich 13,6 bzw. 14,5 Tage in den beiden Jahren dem Dienste entzogen.

Der Dienstausschlag stellte sich für jeden Mann:

in der Englischen Marine	in der Oesterreichischen Marine	in der Italienischen Marine
1895 auf 14,9 Tage	1895 auf 11,68 Tage	1895 auf 10,8 Tage
1896 „ 14,4 „	1896 „ 11,05 „	1896 „ 10,3 „
in der Amerikanischen Marine	in der Japanischen Marine	
1895 auf 12,51 Tage	1895 auf 14,9 Tage	
1896 „ 10,87 „		

Nach den Erfahrungen der letzten 20 Jahre spielen unter den Krankheitsursachen die Verletzungen die erste Rolle. Von den inneren Erkrankungen überwiegen in der Heimath am Lande, wie an Bord die Erkrankungen der Athmungsorgane. Im Auslande gesellen sich ihnen die „allgemeinen Erkrankungen“ der Häufigkeit nach ebenbürtig zur Seite. Zu dieser Gruppe werden die wichtigsten Infectiouskrankheiten und Lungentuberculose gezählt. Die Erkrankungshäufigkeit ist auf den modernsten, grossen Schlachtschiffen im Allgemeinen grösser als auf den älteren Panzerschiffen und Kreuzerfregatten; letztere bieten mit ihren grösseren, besser zu lüftenden Wohnräumen und ihrer gleichmässigen, kühleren Temperatur einen gesunderen Aufenthalt dar, als die neuen Schiffe mit ihren verhältnissmässig engen, feuchten Wohnungen, ihrer hohen Temperatur in allen Räumen, ihrer unzureichenden Ventilation und den ausgedehnten maschinellen Einrichtungen.

Die Gesamtsterblichkeit in der Marine belief sich 1895/96 auf 104 (4,8 pM. der Gesamtstärke) und 1896/97 auf 63 Todesfälle (2,9 pM. der Gesamtstärke).

Davon starben durch Krankheit in beiden Jahren 80 (1,9 pM.), und zwar 52 (2,1 pM.) an Bord 28 (1,6 pM.) am Lande.

Die häufigste Todesursache war die Tuberculose mit 21 Fällen (0,5 pM.). Darauf folgen Lungen- und Brustfellentzündungen mit 16 Fällen (0,4 pM.), Darmtyphus mit 8 Fällen (0,2 pM.), Herzleiden mit 6 Fällen u. s. w.

Die Sterblichkeit betrug:

bei der Englischen Marine	bei der Oesterreichischen Marine	bei der Italienischen Marine
1895: 6,6 pM.	1895: 5,09 pM.	1895: 3,95 pM.
1896: 5,28 „	1896: 9,30 „	1896: 9,82 „
bei der Amerikanischen Marine	bei der Japanischen Marine	
1895: 6,82 pM.	1795: 14,84 pM.	
1896: 5,49 „		

Die hohe Sterblichkeit bei der Oesterreichischen Marine im Jahre 1896 ist auf eine Typhusepidemie in Pola, die der Italienischen Marine 1896 auf einen Gelbfiebersausbruch an Bord der „Lombardia“ in Rio de Janeiro und diejenige der Japanischen Marine 1895 auf Verwundungen im Kriege mit China sowie auf Ruhr- und Choleraepidemien in Port Arthur und Formosa zurückzuführen.

Die Sterblichkeit in der Deutschen Marine ist mithin im Vergleich zu derjenigen in den anderen Marinen eine recht niedrige gewesen.

Das ärztliche Personal der Deutschen Marine bestand 1898 aus 72 oberen Marineärzten und 60 Hülfärzten, 1899 aus 81 oberen Marineärzten und 67 Hülfärzten und wird in den nächsten Jahren entsprechend der in Aussicht genommenen Vergrößerung unserer Marine noch weiter zunehmen. Das niedere Sanitätspersonal zählte 1898 194 Köpfe. In den Lazarethen und Truppenformationen der Marine auf dem Lande („Marinetheilen“) entspricht die Zahl der Aerzte und des niederen Sanitätspersonales den Verhältnissen in unserer Armee. Für die Besatzung der Kriegsschiffe selbst mit Aerzten und niederem Sanitätspersonal kommt die Kopfzahl der Mannschaften an und für sich erst in zweiter Linie in Betracht. Die Zahl der eingeschifften Mannschaften ist je nach der Grösse und Aufgabe der Schiffe sehr verschieden, und der Gesamtbedarf an Sanitätspersonal für die Flotte richtet sich nicht nach der Kopfstärke der Flotte insgesamt, sondern nach der Zahl der einzelnen Schiffe. Mit den für die Landarmeen geltenden Durchschnittszahlen lassen sich in dieser Beziehung keine Vergleiche anstellen. Die Kopfstärke der zusammengehörenden und einem Truppenarzt unterstellten Formationen ist durchschnittlich viel grösser als die durchschnittliche Besatzungsstärke eines Kriegsschiffes. Ausser den Torpedobooten, einigen ganz kleinen Küstenkanonenbooten und vorübergehend in Dienst gestellten kleineren Fahrzeugen giebt es bei uns, wie auch in den modernen anderen Marinen kein Kriegsschiff, das nicht einen oder mehrere Aerzte an Bord hätte. Die Fahrzeuge ohne Arzt, wie Torpedoboote,

Kanonenboote werden in der Regel aus militärischen Gründen zu einem Manöververband vereinigt und von einem grösseren Kommandoschiff geführt oder begleitet. Auf diesem Schiff ist immer ein Arzt eingeschiff, der den ärztlichen Dienst auf den kleineren Schiffen mit wahrnimmt. Auf allen grösseren Schiffen sind zwei Aerzte, auf einigen sogar 3 eingeschiff. Auch auf den grössten Schiffen würde allerdings ein einziger, gewandter, diensterehrender Arzt in Friedenszeiten mit dem gesammten Krankendienst an Bord allein sehr wohl fertig werden. Unsere Schiffe sollen aber auch schon im Frieden für den Kriegsfall, besonders bei Auslandsreisen, vollständig ausgerüstet sein. Im Kriege aber brauchen wir auf allen grösseren Schiffen mit mehreren hundert Mann Besatzung, mindestens 2, auf den grössten Panzern 3 Aerzte. Ausserdem bedürfen die jüngeren Aerzte auch in Friedenszeiten an Bord der Oberleitung und der practischen Anweisung durch einen Oberarzt. Abgesehen von der Kenntniss des Dienstes an Bord, der allgemeinen und der ärztlichen Instructionen (Schriftverkehr, Statistik, Rechnungführung, Verwaltung des Lazareths, Attestwesen, Dienstbeschädigungen, Invalidisirungen u. s. w.) und abgesehen von gründlichen Kenntnissen in der Schiffshygiene bedürfen die Marineärzte auch speciell für die Krankenversorgung an Bord einer sorgfältigen Vorbereitung. Sie müssen genau mit allen Hilfsmitteln vertraut sein, die ihnen dafür zur Verfügung stehen; alle Bestimmungen kennen, die sich auf die Krankenpflege an Bord und an Land beziehen und müssen ihre allgemeinen wissenschaftlichen Kenntnisse, die sie auf der Universität und in den Krankenhäusern der Heimath erworben haben, durch das Studium der wichtigsten, exotischen Krankheiten erweitern. Mit Geschick und genauer Kenntniss nicht blos der im Reglement vorgesehenen Einrichtungen, sondern auch der allgemeinen Hilfskräfte und Mittel, die an Bord überhaupt ausgenutzt werden können, lassen sich viele schädigende Einflüsse erfolgreich bekämpfen oder wenigstens wesentlich abschwächen, denen der Neuling rathlos und resignirt gegenübersteht. Der Schiffsarzt muss ferner beurtheilen können, in welchen Häfen er seine Arznei- und Krankenproviandvorräthe ergänzen kann, wie die Hospitäler in fremden Häfen beschaffen sind, was für Kranke und Convalescenten dorthin ausgeschiff werden können und müssen, was an Bord bleiben kann und vieles andere mehr. Unsere Unterärzte und Sanitätsofficiere erhalten nach ihrer durch das Staatsexamen abgeschlossenen, allgemeinen Ausbildung während ihrer ersten Dienstzeit in der Marine eingehenden Unterricht über die allgemeinen Verhältnisse in der Marine, über das Sanitätswesen, die Gesundheits- und Krankenpflege an Bord, über die Verhältnisse in fremden Häfen und die übrigen, hierher gehörenden Fragen. Erst nachdem sie sich über genügende, theoretische und praktische Kenntnisse in diesen Dingen ausgewiesen haben, werden sie als Einzelärzte in ausserheimischen Gewässern an Bord von Kanonenbooten und kleineren Kreuzern verwendet. Vorher werden sie nur als Hülfärzte eines älteren Oberarztes an Bord grösserer Schiffe beschäftigt und lernen auf diese Weise sowohl den allgemeinen Dienst

an Bord, wie die Krankenpflege, die sie später unter alleiniger Verantwortung, nicht selten in schwierigen Verhältnissen ganz auf die eigene Umsicht und Thatkraft angewiesen, ausüben müssen, auch praktisch gründlich kennen. Zur weiteren Ausbildung dienen in der späteren Dienstzeit häufige Fortbildungskurse und Commandos zu Universitätskliniken und anderen wissenschaftlichen Anstalten. Vor der Beförderung zum Oberstabsarzt ist noch eine besondere fachtechnische Prüfung über das Marinesanitätswesen im Allgemeinen, zu der auch die Anfertigung einer grösseren, selbständigen, wissenschaftlichen Arbeit gehört, abzulegen. Die Rangverhältnisse der Marineärzte entsprechen im Allgemeinen denen in der Armee. Die Aerzte bilden aber ein eigenes Sanitätsofficiercorps neben den übrigen Officiercorps der Marine (Seeofficiere, Maschineningenieure u. s. w.).

In militärischer Beziehung und soweit die allgemeine Hausordnung an Bord und der militärische Dienst in Betracht kommt, stehen die Marineärzte unter den Commandanten des Schiffes resp. dem ersten Officier. Urlaub erhalten sie vom Commandanten. Als Urlaub gilt auch das Anlandgehen in dienstfreien Stunden und des Abends. Wo zwei Aerzte eingeschifft sind, hat der Commandant darüber zu entscheiden, ob im Hafen die Art der Tagesexercitien und des sonstigen Dienstes an Bord die Anwesenheit eines Arztes an Bord während der ganzen Zeit erfordern, oder ob vorübergehend z. B. des Abends beide Aerzte beurlaubt werden können. Erfordert es der Krankendienst, so bleibt selbstverständlich immer mindestens einer der eingeschifften Aerzte an Bord. Sind mehrere Schiffe zu einem Geschwader oder einer Flotille vereinigt, so übernimmt in regelmässiger Abwechslung eines der Schiffe im Hafen die Tageswache für die übrigen. Auf diesem Wachtschiff muss immer mindestens ein Arzt an Bord bleiben.

In ärztlich-technischer Beziehung im Allgemeinen, wie in der Beurtheilung und Behandlung der Krankheitsfälle und der Verwaltung des Lazarethwesens an Bord sind die Aerzte selbstständig und nur ihren ärztlichen Vorgesetzten, also bei allein segelnden Schiffen dem Chefarzt der Marine (Generalstabsarzt), bei den im Geschwaderverbände segelnden Schiffen dem Geschwaderarzt verantwortlich. Wo zwei Aerzte eingeschifft sind, fungirt der ältere und im Range höher stehende als Oberarzt und Schiffsarzt, der jüngere als Hülfssarzt. Der Schiffsarzt ist Vorgesetzter des gesammten Sanitätspersonales an Bord (Lazarethgehülfen, Krankenträger etc.), er leitet den gesammten Krankendienst und ist auch für die Verwaltung und die Instandhaltung des Schiffslazarethes, der Apotheke, der Arzneien und der übrigen Hülfsmittel zur Krankenpflege an Bord verantwortlich. Er leitet ferner die Beköstigung der Kranken und verwaltet die dazu erforderlichen Vorräthe etc. Der Dienst des Hülfssarztes umfasst die erste Untersuchung der sich krank meldenden Mannschaften, die Mitwirkung bei der Krankenbehandlung nach den Weisungen des Oberarztes, die Zubereitung der Arzneien, Führung der Krankenblätter, ferner u. a. die Beaufsichtigung und weitere Ausbildung der Lazareth-

gehülften; er übernimmt ferner nach Anweisung des Oberarztes den Unterricht der Krankenträger und der Mannschaften im Verwundeten-transport u. s. w. Wo zwei Hülfärzte eingeschifft sind (in Ausnahmefällen), bestimmt der Oberarzt einen angemessenen Wechsel des Dienstes; die Verwaltung der Hülfsmittel zur Krankenpflege verbleibt dabei dauernd dem älteren Hülfsarzte.

Von den Lazarethgehülften — Sanitätsgäste und Sanitätsmaate genannt — sind auf den grösseren Schiffen je zwei, drei und vier eingeschifft, auf den kleineren Schiffen nur einer. Ihre Stellung entspricht der der Sanitätsunterofficiere in der Armee. Sie üben den niederen Krankendienst aus und unterstützen den Hülfsarzt bei der Anfertigung der Arzneien und bei der Rapport- und Rechnungsführung.

Die Vorschriften über die Krankenstatistik, das Rapport- und Rechnungswesen, die Führung der Krankenbücher und Journale entsprechen den im Landheer geltenden Bestimmungen.

Die Auswahl der Arznei- und Verbandmittel, Instrumente und sonstigen Hülfsmittel zur Krankenpflege richtet sich nach der Grösse des Schiffes resp. seiner Besatzungsstärke. Die mitgegebenen Mengen sind im Inlande auf ein Jahr, für Schiffe, die nach ausländischen Gewässern bestimmt sind, auf zwei Jahre berechnet, wobei aber nicht ausgeschlossen ist, dass diese Mittel etc., wenn sie in kürzerer Zeit verbraucht oder verdorben sind, nicht früher wieder ergänzt werden dürfen. Das kann jederzeit geschehen. Im Inlande werden die benötigten Vorräthe aus den Depots der Marinelazarethe, im Auslande aus Privatapotheken in den Häfen entnommen. Auch können auf Antrag des Schiffsarztes ausser der etatsmässigen Menge eines Arzneimittels von vornherein vor Antritt der Reise grössere Quantitäten mitgegeben werden, ferner können einzelne nicht etatsmässige oder überhaupt wenig gebräuchliche Arzneimittel auf begründeten Antrag des Schiffsarztes aus den Depots an Land requirirt oder auch direct von Fabrikanten bezogen werden. Besonders präparirte, fertig zum Gebrauch zusammengesetzte Arzneien (z. B. Pillen) werden nur selten mitgegeben, ebensowenig macht man regelmässig Gebrauch von comprimirt, fertig dosirt, Arzneimitteln, weil die Erfahrungen über diese Arzneiformen, die auf Reisen und in den Tropen im Allgemeinen sehr beliebt sind, doch noch nicht besonders in Bezug auf ihre Resorbirfähigkeit und Wirksamkeit durchaus günstig ausgefallen sind. Im Allgemeinen werden die Arzneimittel nur in der Qualität und in der Form mitgegeben, wie sie in dem Arzneibuch für das Deutsche Reich vorgeschrieben sind. Von gleichwirkenden Mitteln ist in der Regel das haltbarste und wirksamste ausgewählt. Auf einzelne Präparate, die nur kurze Zeit ihre volle Wirkung äussern, hat man verzichtet, z. B. auf Fol. digitalis, und sie durch haltbarere Präparate von ähnlicher, wenn auch nicht ganz derselben Wirkung ersetzt. Die Arzneien, welche den Kranken verordnet werden, müssen aus den an Bord befindlichen Vorräthen von dem Arzt (wo zwei Aerzte an Bord sind, dem jüngeren Arzt) selbst zusammengesetzt und hergestellt werden.

Apotheker werden nur im Kriegsfall auf den Lazarethschiffen eingeschifft.

Was die Ausrüstung mit chirurgischen Instrumenten anlangt, so hat man jetzt in Deutschland endgültig mit dem früher allgemein und jetzt noch in manchen fremden Staaten, z. B. auch noch in England üblichen System gebrochen, wonach sich die Marineärzte ihre für die Ausübung ihres Berufes an Bord nöthigen Instrumente selbst anschaffen müssen, gebrochen. Diese Sitte ist ein Ueberbleibsel von früheren Zeiten, als der Arzt die gesammte Ausrüstung an Arzneien, Instrumenten, Verbandmitteln u. s. w. für die Krankenbehandlung an Bord von seinem Solde, resp. einem als Zulage dazu bewilligten Pauschquantum an Geld bestreiten musste. Nur ein winziger Rest dieses alten Gebrauches hat sich bei uns in der Bestimmung erhalten, dass sich die Schiffsärzte eine einfache chirurgische Verbandtasche, sowie die Instrumente zur Auskultation und Perkussion selbst beschaffen müssen. Im Uebrigen ist die Ausrüstung der Schiffe mit chirurgischen und sonstigen, ärztlichen Instrumenten sehr reichlich bemessen und entspricht der einer gut ausgestatteten Männerklinik eines modernen, mittelgrossen Krankenhauses. Dabei ist man den Fortschritten und Aenderungen, die im Laufe der Jahre in den Anschauungen über die zweckmässigste Art der Ausstattung, der Aufbewahrung dieser Instrumente eingetreten sind, prompt nachgefolgt und hat unter Aufwand grosser Kosten die gesammte chirurgische Ausrüstung der Marine im Laufe der letzten Jahre mehrere Male von Grund aus erneuert. Man hat aber dabei, sowie in der ganzen Frage der chirurgischen Operations- und Wundbehandlungsmethode an Bord mit Recht an dem Grundsatz festgehalten, dass an Bord unserer Kriegsschiffe ein sicheres aseptisches Verfahren bei Operationen nicht immer möglich ist. Eine unter allen Umständen zuverlässige Asepsis lässt sich nicht improvisiren, sondern erfordert einen in sich geschlossenen, von aussen unabhängigen, regen Betrieb, der zu dem dafür erforderlichen Aufwand an Vorbereitungen in einem entsprechenden Verhältniss stehen muss. Die Einübung und Kontrolle des niederen Personales kann nur in fortwährender Praxis in genügender Weise sicher gestellt werden. An Bord kommen in Friedenszeiten grössere Operationen nur selten vor; bei noch so genauer, sorgfältiger theoretischer Vorbereitung der Lazerethgehülfen etc. würde demgemäss die so wichtige praktische Uebung für die Asepsie fehlen. Dazu kommen die an Bord immer zu erwartenden, unvermeidlichen Störungen, welche Lücken in der Kette der nöthigen aseptischen Maassnahmen verursachen. Im Kriege ist das aseptische Verfahren ganz ausgeschlossen. Aber auch im Frieden ist das antiseptische Verfahren das allein sichere und auch seiner Einfachheit wegen für Bordverhältnisse allein geeignete. Für die Zubereitung des antiseptischen Verbandsmaterials hat man, trotz der vielen Schwächen, die der Sublimatimprägnirung anhaften, in Ermangelung einer besseren Methode dieses Verfahren beibehalten. In der Quantität ist das Verbandmaterial jetzt reichlicher bemessen als früher, während in anderen Marinen, z. B.

der Französischen, die mitgegebenen Vorräthe immer noch unzureichend zu sein scheinen, wie aus vielen, in der Fachliteratur erhobenen Klagen Französischer Marineärzte hervorgeht.

Für mikroskopische Untersuchungen wird allen grösseren Schiffen und auf Verlangen der Schiffsärzte auch den kleineren Schiffen ein gutes Mikroskop mit Immersionslinse und den nöthigsten mikroskopischen Instrumenten, Reagentien und Farbstoffen mitgegeben. Die ausserdeutschen Marinen entbehren zum Theil dieser Ausrüstung. Die Einrichtungen zu bakteriologischen Untersuchungen, die über die mikroskopische Prüfung hinausgehen, fehlt auch bei uns, man würde sie aber im Einzelfall auf besonders begründeten Antrag bewilligen.

Die Instrumente, die Arzneien, Verbandmittel u. s. w. sind an Bord der grösseren Schiffe in einer besonderen Apotheke untergebracht, an Bord der kleineren in einem Arznei- und einem Verbandschrank von fester Bauart und praktischer Einrichtung, der an passender Stelle aufgestellt wird. Die Schiffsapotheken haben die Grösse einer gewöhnlichen Schiffskabine und sind mit Schränken, Wandbrettern und Schubladen ausgerüstet. Natürlich darf ein verschliessbarer Giftschrank nicht fehlen. Die Einrichtung ist solide und praktisch. Wasser- und Dampf- resp. Heisswasserleitungen zur leichteren Herstellung der zu dispensirenden Arzneien fehlen allerdings noch fast überall, obwohl diese Einrichtungen leicht herzustellen sind. Zur Bereitung von Infusen und heissem Wasser dient eine Spirituslampe mit Bunsenbrenner. Die Beleuchtung ist meist elektrisch. Dampfheizungskörper finden sich in den meisten Schiffsapotheken.

Alle Schiffe, deren räumliche Verhältnisse es irgend gestatten, sind jetzt mit festen, vom übrigen Schiff abgeschlossenen Lazarethen versehen. Nur die kleinsten Schiffe und Kanonenboote entbehren solcher besonderen Krankenräume. Auf den älteren Schiffen befand sich das in der Lazareth meist Vorbatterie. Auf den modernen Kriegsschiffen ist aber die alte, stereotype Bauart, bei der man im Hauptdeck eine grössere, mittlere, durch Querwände geschlossene Abtheilung, in der die Geschütze standen, und die deshalb die Batterie genannt wurde, von dem Raum vor derselben, der Vorbatterie und dem hintersten Schiffsraum, der Achterbatterie unterschied, vollständig über den Haufen geworfen. Dabei haben wir die verschiedensten Schiffstypen, die einander durchaus ungleich sind. Demgemäss ist auch die Lage des Lazarethes bei den verschiedenen modernen Schiffen sehr verschieden, bald über, bald unter dem gepanzerten Deck, das sich auf den modernen Schiffen horizontal durch die ganze Länge des Schiffes erstreckt und für die Anlage der inneren Räume maassgebend ist, bald vorn, bald hinten im Schiff. Normen für die Lage des Lazarethes lassen sich bei diesen neuen und so verschiedenartigen Schiffstypen nicht aufstellen. Man soll natürlich dafür einen möglichst hellen und luftigen Raum wählen; indessen ist nicht zu leugnen, dass auf einigen modernen Schiffen aus Rücksicht auf die militärischen Erfordernisse das Lazareth in Bezug auf seine Lage und Grösse etwas

stiefmütterlich bedacht ist und in einigen Fällen auch unter den Einflüssen der Nachbarschaft — z. B. der allzugrossen Nähe der Kessel- und Maschinenräume — zu leiden hat. Man rechnet bei der Bemessung des Raumes für bettlägerige Kranke auf 2 Procent der Besatzung. Diese Quote wird auch thatsächlich nur in Ausnahmefällen überschritten. Der auf den Kranken im Lazareth entfallende Luftraum schwankt in unseren Schiffslazarethen zwischen 8 und 15 Kubikmetern. Diese obere Grenze von 15 Kubikcentimetern ist zur Noth ausreichend und kann in Anbetracht der übrigen Raumverhältnisse auf Kriegsschiffen kaum überschritten werden. Sie genügt aber nur bei guter Lüftung. Auf vielen grossen Schiffen finden wir statt eines grösseren, zwei kleine Lazarethe, was von grossem Vortheil ist, wenn man einmal Kranke isoliren muss. Bei Tage werden die Lazarethräume durch Seitenpforten und Decksgläser erhellt. Zur künstlichen Beleuchtung dient jetzt wohl überall die Electricität; die Heizung geschieht durch Dampf. Ausser durch die Fenster und Pforten, die nicht immer, namentlich nicht in See, offen gehalten werden können, wird die Ventilation durch Lüftungsrohre, die über dem Oberdeck ins Freie münden, gesichert. Die Lazarethe werden überall gesondert von den übrigen Räumen ventilirt. Die Lüftungsrohre sollen möglichst gradlinig verlaufen. Es sind überall zwei Ventilatoren vorgesehen, einer, am Fussboden mündend, für die einströmende Luft, während das für den Auslass der verbrauchten Luft bestimmte, von oben kommende Rohr schon an der Decke abgeschnitten und geöffnet sein soll. Diese Lüftungsvorrichtungen sind wohl für gewöhnlich genügend; sie erfordern aber fortwährende Aufmerksamkeit. Die Ventilatoren müssen der wechselnden Windrichtung entsprechend umgestellt werden und können, wenn der Wind gerade in derselben Richtung weht, in der sich das Schiff bewegt, ihren Dienst auch ganz versagen. Wenn die Rauchsäule des Schornsteins über dem Schiff bleibt und sich mit ihm fortbewegt, fehlt es auch im Innern des Schiffes an jeder Luftbewegung und -Erneuerung. Durch Knickungen in den Lüftungsrohren wird die Bewegung der Luft darin ganz ungemein erschwert. Es ist aber nicht immer möglich, die Lazarethventilatoren gradlinig hinanzuführen. Auch können sie aus militärischen Rücksichten nicht immer an den günstigsten Stellen angebracht werden. Diese Schwierigkeiten lassen sich bei der Lüftung durch Maschinen, die durch Dampf oder Electricität getrieben werden (Flügelräder) beseitigen. Diese Art der Lüftung ist ganz unabhängig von Wind und Wetter und die Luft kann auf beliebigen Wegen hinein- und hinausgeführt werden. Wir haben zwar solche Lüftungsmaschinen schon auf einigen unserer modernsten Kriegsschiffe, im Allgemeinen aber wird davon noch viel zu wenig an Bord Gebrauch gemacht. Einige unserer Lazarethe sind übrigens auch mit Uceley'schen Ventilationsfenstern ausgerüstet. Die in diesen Fenstern angebrachten Ventilationsöffnungen brauchen auch bei schlechtem Wetter nicht geschlossen zu werden, da sie sich gegen eindringendes Seewasser von selbst abschliessen und dann automatisch wieder öffnen.

Die Wände und der Fussboden des Schiffslazareths sind wie die übrigen Räume an Bord der modernen Kriegsschiffe jetzt meist aus Eisen. Der Fussboden erhält aber in der Regel einen Linoleumbelag und die Wände werden zum Schutz gegen zu grosse Abkühlung und Niederschlag von Feuchtigkeit mit Korkstückchen, die der Anstrichfarbe beigemischt sind, dicht bedeckt. Wo wir noch hölzerne Fussböden antreffen, sind sie mit heissem Leinöl undurchgängig gemacht. Der Anstrich der Wände ist weiss (Oelfarbe). Die Eingangsthür soll mindestens 1 Meter breit sein. Die Höhe des Lazareths beträgt wohl überall auf neuen Schiffen 2 Meter und mehr.

Weder in den Schiffslazarethen der Deutschen, noch, soweit uns bekannt geworden, der ausländischen Kriegsschiffe finden wir zwei Lagerstätten übereinander, wie dies in den Lazarethen der grossen Handelsschiffe immer noch die Regel ist. Die Lagerstätten werden auf unseren Kriegsschiffen durch eiserne Rahmenbettstellen gebildet, welche an je einem eisernen Ständer am Fuss- und am Kopfende in Höhe von 55 cm über dem Fussboden so befestigt sind, dass sie nach beiden Seiten hin- und herschwingen und demgemäss auch bei starken Bewegungen des Schiffes um seine Längsaxe (Schlingern) ihre horizontale Lage beibehalten können (Schwinge- oder Schlingerkojen). Die Gefahr des Ueberkippen ist durch die Art der Aufhängung ausgeschlossen. Die Kojen können übrigens durch Haken, welche von den Ständern, an denen die Koje aufgehängt ist, ausgehend an den Ecken der Koje angehakt werden, festgestellt werden und im Allgemeinen ziehen es die Kranken vor, die Kojen fest zu haken, anstatt sie hin und her schwingen zu lassen, weil bei starkem Schlingern des Schiffes die schwingende Koje leicht eine Eigenbewegung annimmt und dann so grosse Excursionen macht, dass die Kranken bei festgestellter Koje schliesslich doch noch ruhiger liegen. Ausserdem können sie sich dann leichter umdrehen und aus der Koje hinaus- und wieder hineingelangen. Der Boden der Koje besteht aus Segeltuch, Drahtgewebe oder eisernen, durchflochtenen Bändern. Auch Spiralfedermatratzen sind in Gebrauch. Bei unseren Kojen hat der Boden einen doppelten, hoch und nieder stellbaren Kopftheil, der bei den Englischen Schwingkojen fehlt. An den Schmalseiten finden sich hölzerne Kopf- und Fussbretter. Die Seitenwände sind zum Herausnehmen oder Umklappen eingerichtet. Auf den Kojenboden kommt eine dreitheilige Rosshaarmatratze, mit weisser Leinwand bezogen, darüber ein Bettuch, auf dem der Kranke liegt. Zum Zudecken dienen wollene Decken mit Bezügen von weisser Leinwand. Kleine Holzgestelle, an den Seitenwänden der Koje eingehakt, dienen zur Aufnahme von Trinkgefäss, Spei- und Uringlas. Sehr zweckmässig ist die Einrichtung der Engländer, welche über jeder Krankenkoje ein Tau mit Handhaben, an dem sich die Kranken aufrichten können, angebracht haben. Die Maasse unserer Kojen sind folgende: grösste Länge von Mitte Ständer bis Mitte Ständer 217 cm, grösste Breite 83 cm, Höhe des Ständers über Deck 128 cm. Erhöhung der Koje über Deck bis zum Bügel 55 cm.

Unter den Kojen haben wir feste Kisten zur Unterbringung der nicht in Gebrauch befindlichen Hilfsmittel zur Krankenpflege (Speigläser, Uringläser, Stechbecken, Verbandschienen, Wasserkissen, Eisbeutel u. s. w.). Im Lazareth befinden sich ferner ein Waschtisch, ein Klapptisch mit Randleisten, ein Wandschrank, ein zusammenlegbarer Operationstisch und grössere Wandgestelle zur Aufnahme von Flaschen, Geräthen, Essgeschirr, ferner Kleiderhaken und eine Anzahl von Klappstühlen.

Ausser den Kojen stehen in der Regel noch mehrere Krankenhängematten zur Aufnahme der Kranken zur Verfügung: zusammenlegbare, über einen viereckigen, hölzernen oder eisernen Rahmen gespannte Lagerstellen aus starkem Segeltuch mit Kopf-, Fuss- und Seitenwänden aus demselben Material. Sie werden an Stricken in Haken an der Decke des Lazareths am Kopf- und Fussende aufgehängt. Im Uebrigen sind sie wie die Schlingerkoje mit Matratzen, Bezügen, Decken u. s. w. ausgestattet. Sie werden benutzt, wenn die Kojen alle belegt sind oder wenn Kranke ausserhalb des Lazareths in provisorisch hergestellten Räumen z. B. hinter Segeltuchvorhängen untergebracht werden müssen. Wo man nicht zwei Schiffslazarethe zur Verfügung hat, wird sich nur selten an Bord eines Kriegsschiffes ausser dem festen Lazareth noch ein von festen Wänden umschlossener, verschliessbarer Raum, in dem Kranke untergebracht werden können, erübrigen lassen. Man muss dann entweder die nicht ansteckenden Kranken aus dem Schiffslazareth herauschaffen und in provisorisch im Allgemeinen Mannschaftsraum, unter Umständen an Oberdeck hergestellten Abtheilungen, die von Segeltuchwänden gebildet werden, unterbringen, damit das Lazareth für die Isolirung der ansteckenden Kranken benutzt werden kann. Oder man muss umgekehrt die Infectionskranken in provisorischen Räumen unterbringen. Zu dem letzten Aushilfsmittel wird man besonders dann seine Zuflucht nehmen müssen, wenn Infectionsfälle in grösserer Anzahl an Bord vorhanden sind. Die Segeltuchvorhänge können durch Besprengen mit Carbollösung feucht gehalten werden, damit kein infectiöser Staub in die Nachbarschaft dringt. Vor das Lazareth resp. den Isolirungsraum wird ein militärischer Wachtposten gestellt. Im Allgemeinen lassen sich bei einiger Umsicht Isolirungen an Bord besser durchführen, als man bei den beschränkten Raumverhältnissen und dem Ineinandergreifen des ganzen Lebens und Treibens an Bord erwarten sollte. Was die nöthigen Desinfectionen anlangt, so haben wir an Bord unserer Kriegsschiffe keine besonderen Dampfdesinfections-kammern, wie sie sich auf manchen Handelsschiffen finden. Die zu desinficirenden Kleider etc. sollen in ein entsprechend grosses Fass oder eine Balge oder ein ähnliches hölzernes Gefäss gepackt werden, das mit einem nicht ganz dicht schliessenden, mit Gewichten beschwerten Deckel geschlossen wird. Vom Boden aus wird Dampf aus einem von der Maschine abgezweigten Dampfrohr in diesen improvisirten Desinfectionsapparat geleitet. Hierbei müssen, damit die zu desinficirenden Gegenstände nicht verbrannt (zu hoher Druck, zu hohe Temperatur des

Dampfes), beschmutzt (etwa durch Oeltheilehen, die vom Dampf aus der Maschine mitgerissen sind) oder sonst beschädigt werden, gewisse Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden. U. a. muss das Aufnahmegefäss vorher mit Segeltuch ausgelegt werden, das Dampfrohr soll nicht direct auf die Kleider etc. Dampf auslassen, sondern soll nach dem Boden zu abgelenkt sein und zunächst in einen durch Lattenverschlag herzustellenden Hohlraum münden, so dass der Dampf die Gegenstände erst indirect trifft u. s. w. u. s. w. Nach 5—10 Minuten zeigt das Thermometer, das in die Oeffnung, durch welche der ausströmende Dampf das Gefäss wieder verlässt, eingesteckt werden soll, 100° C. an. Von diesem Zeitpunkt an soll der Dampf noch eine Stunde auf die zu desinficirenden Gegenstände einwirken. Ein mit diesem primitiven Verfahren unabänderlich verbundener Uebelstand besteht darin, dass die Kleider, Wäsche etc. total durchnässt, aus dem Apparat herauskommen. Wenn man dafür feste Desinfectionskammern einrichtet, wie sie nach meinen Angaben auf einigen Hamburger Handelsdampfern eingeführt sind, so können die zu desinficirenden Gegenstände vorgewärmt und nachgetrocknet werden und viele andere kleine Uebelstände und Fehlerquellen vermieden werden, die mit solchen Improvisationen immer verbunden sind. Für die Desinfection des Lazareths selbst, des Wartepersonales, Essgeschirres u. s. w. bestehen sehr genaue Vorschriften. Diese Desinfectionen werden mit Carbolsäure resp. Carbolseifenlösung ausgeführt.

Neben dem Lazareth und nur von diesem aus zugänglich befindet sich auf unseren Kriegsschiffen ein besonderes Closet für Kranke (Wassercloset) mit Handhaben, damit sich die Kranken bei Seegang festhalten können. In kleineren Lazarethen finden wir eine Badewanne im Lazareth, die, wenn sie nicht gebraucht wird, unter einer Koje steht. Grössere Lazarethe haben eine besondere Badekammer mit Wanne und Brause, vom Lazareth aus direct zugänglich. Als Badewasser wird Seewasser (durch directes Aufpumpen mittelst einer in der Badekammer befindlichen Pumpe), ein Gemisch von Seewasser und Süswasser oder Süswasser allein benutzt. Leitungen aus den Süswassertanks nach dem Lazareth oder der Badekammer finden sich nur sehr selten. In der Regel muss das Wasser in Gefässen dorthin geschleppt werden. Angewärmt wird das Badewasser durch Dampf (Dampfleitung ins Lazareth resp. in die Badekammer).

Die Mannschaften, welche sich krank melden oder bei den regelmässigen oder durch besondere Verhältnisse bedingten, aussergewöhnlichen, ärztlichen Untersuchungen der Mannschaft gefunden werden, werden vom Wachtmeister dem Arzt im Lazareth (wo zwei Aerzte an Bord, zunächst dem Hülfsarzt) vorgeführt, der über ihre Befreiung vom Dienst, Aufnahme ins Lazareth u. s. w. bestimmt, vorbehaltlich der nachherigen Zustimmung des Oberarztes. Ueber den täglichen Krankenstand wird dem Commandanten vom Schiffsarzt bei der Musterung ein Rapport überreicht, der durch mündliche Mittheilungen ergänzt wird. Nach der Musterung wird die Hauptvisite vorgenommen. Die nicht

bettlägerigen Kranken sollen sich ausser zur Visitenzeit nicht im Lazareth aufhalten. Sie tragen ihre gewöhnlichen Dienstkleider weiter. Die bettlägerigen Kranken erhalten ein besonderes Hemd. Die Kranken sollen in der Regel zweimal täglich vom Arzt besucht werden (Hauptvisite und Nachmittagsvisite), Schwerkranke natürlich öfter und, wenn erforderlich auch des Nachts.

Für die Reinlichkeit, Ordnung, Lüftung und Instandhaltung des Lazareths ist der Schiffsarzt verantwortlich. Die tägliche Reinigung des Lazarethes durch feuchtes Aufwischen der Wände und des Fussbodens u. s. w. wird unter Aufsicht des Lazarethgehülfen von Leichtkranken, oder wenn diese nicht dazu geeignet sind, von dazu requirirten und vom 1. Officier für diesen Dienst dem Arzt zur Verfügung gestellten, gesunden Mannschaften vorgenommen.

Die Kranken, deren Zustand es gestattet, insbesondere die nicht bettlägerigen, an äusseren Affectionen leidenden Kranken erhalten dieselbe Kost, wie die gesammten Mannschaften an Bord (Schiffskost). Sie nehmen die Mahlzeiten in der Regel nicht im Lazareth, sondern zusammen mit ihren gesunden Kameraden ein. Schwerkranke, Reconvalescenten, sowie überhaupt Kranke, welche die gewöhnliche Mannschaftskost nicht vertragen können, erhalten besondere Krankenkost. Der Schiffsarzt bestimmt allein, wer Krankenkost erhalten und welcher Art dieselbe sein soll. Unter Umständen wird auch gemischte Kost, d. h. die allgemeine Schiffskost mit besonderen Zulagen, z. B. besonderem Frühstück, Abendbrod, leichten Speisen verabreicht. Die Krankenproviantvorräthe werden am Beginne der Reise vom Arzt aus den Depots requirirt und stehen unter der Verwaltung der allgemeinen Schiffsverpflegungskommission, die aus einem älteren Seeofficier, dem Schiffsarzt und dem Zahlmeister besteht. Die Zubereitung der Krankenkost erfolgt durch den Schiffskoch und wird vom Arzt überwacht. Auch die allgemeinen Schiffsproviantvorräthe werden zur Verpflegung der Kranken herangezogen. Die nicht in der allgemeinen Schiffsausrüstung vorgesehenen Krankenbeköstigungsartikel, welche unseren Kriegsschiffen mitgegeben werden, sind sehr mannigfacher Art und reichlich bemessen. Wir finden darunter: präservirte Gemüse, feine Fleischpräserven verschiedener Art (Wild, Geflügel), Suppenkonserven, Graupen, Gries, verschiedene Fruchtkompots, präservirte Milch, Kakao u. s. w. Aus den allgemeinen Schiffsvorräthen können Mehl, Reis, Kaffee, Thee, Zucker, Butter, gedörrtes Obst, Weinessig, präservirtes Fleisch und präservirte Gemüse, corned Beef, Kartoffeln, Salz, Zwiebeln, Gewürz u. s. w. bezogen werden. Wein, Porter, Ale, bairisches Bier und sonstige Getränke werden in der Regel bei Bedarf aus der Officiermesse, in selteneren Fällen auf Vorrath im Hafen direct gekauft. So oft wie irgend möglich sollen frisches Fleisch, frische Gemüse, Eier, Früchte u. s. w. an Bord eingekauft und für die Kranken verwandt werden. Besondere Rücksicht auf die Einkaufspreise braucht, wenn der Schiffsarzt die Verwendung solchen frischen Proviantes für seine Kranken für nothwendig erklärt, nicht genommen zu werden. Für

diese Einkäufe ist gerade an Bord der Kriegsschiffe, wenigstens in Friedenszeiten, ziemlich häufig Gelegenheit, jedenfalls öfter, als im Allgemeinen auf Handelsschiffen vorhanden, da die Kriegsschiffe, auch auf den aussereuropäischen Stationen und Gewässern, verhältnissmässig oft einen Hafen anlaufen. Im Nothfall darf auch zur besseren Verpflegung der Mannschaft und der Kranken an Bord die vorgeschriebene Reiseroute geändert und ein Zwischenhafen angelaufen werden, um frischen Proviant einzukaufen. Bei Reisen in heimischen Gewässern nimmt man in der Regel von der Ausrüstung mit Krankenproviant Abstand. Die Kranken werden dann gegen entsprechende Vergütung aus der Officiermesse mitverpflegt. Auch auf den für ausserheimische Reisen bestimmten Schiffen kann auf Antrag des Schiffsarztes eine solche Vereinbarung mit der Officiermesse getroffen werden. Die Officiermessen sind gewöhnlich sehr reichlich mit guten Präserven und zum Theil auch mit Delikatessen ausgerüstet und pflegen sich bei jeder Gelegenheit an Land ihre Vorräthe neu zu ergänzen. Auch finden sich in den Officiermessen meist gute Köche. Die Mitbeköstigung der Kranken durch die Officiermesse lässt deshalb in der Regel nichts zu wünschen übrig und die Einrichtung ist bei den Schiffsarzten auch aus dem Grunde beliebt, weil die Verwaltung und Rechnungslegung über die Verwendung von Krankenproviantvorräthen wegfällt und weil man dem einzelnen Kranken dabei mehr Abwechslung gewähren kann, als bei Extraverpflegung im Rahmen der fiskalischen Vorschriften. Unter Umständen kann aber auch, z. B. wenn die Vorräthe der Officiermesse knapp geworden sind, die Messe schlecht verwaltet wird oder wenn eine kleine Officiermesse durch die Beköstigung einer grossen Menge von Kranken übermässig in Anspruch genommen wird, die Verpflegung durch eigenen Krankenproviant vorzuziehen sein.

Süsswasser steht in der Regel für die Kranken und zu Lazarethzwecken jederzeit in genügender Menge zur Verfügung. Die mittleren und grösseren Schiffe sind sämmtlich mit Destillirapparaten zur Herstellung von Trinkwasser aus Meerwasser versehen. Das destillierte Wasser ist meist von gutem Geschmack und wird auch von Kranken gern genommen. Frisch destillirtes Wasser schmeckt oft fade und erfrischt nicht genügend beim Trinken. Dieser Mangel verliert sich durch längeres Stehen, auch kann ihm schnell durch Zusatz einiger Flaschen kohlen säurereichen Mineralwassers zu den Vorräthen im Wassertank abgeholfen werden.

Eiskammern und Eismaschinen finden wir nur auf den grossen Panzern und den für die Tropen bestimmten, grösseren Kreuzern. Die Eismaschinen werden auf Antrag des Arztes sofort in Thätigkeit gesetzt, sobald Eis zur Krankenbehandlung nothwendig ist und nicht von Land bezogen werden kann. Was die Conservirung von Nahrungsmitteln durch Eis- oder Kühlräume anlangt, so kommt die Verwendung von Eismaschinen und Kühlkammern, wenigstens in Friedenszeiten und in heimischen Gewässern, nicht regelmässig und häufig in Frage, weil die Zeiten, während welcher die Schiffe ganz ausserhalb des Bereiches des Landes sind und

sich mit Proviant versehen müssen, verhältnissmässig kurz bemessen sind. Im Nothfall kann für Lazarethzwecke in Friedenszeiten in heimischen Gewässern immer ein Hafen angelaufen werden.

Lebendes Vieh kaum auf unseren Kriegsschiffen wegen Mangel an Raum nur gelegentlich in beschränktem Umfange mitgeführt werden.

Brot wird auf den meisten Schiffen in der Regel alle Tage frisch gebacken. Schiffszwieback (Hartbrot) wird für Kranke nur im Nothfall verwandt und kann übrigens durch Aufweichen, Aufbacken und andere Zubereitungsmethoden auch für einen schwachen Magen erträglich gemacht werden.

Besondere Diätformen, wie in den militärischen Landlazarethen, giebt es an Bord nicht. Ueber die Zusammensetzung der Krankenkost bestimmt der Arzt von Fall zu Fall und nur als Anhalt sind seiner Instruction Verpflegungsmuster beigegeben. In der Regel erhalten die Kranken drei Mahlzeiten täglich, ausserdem nach Bedarf Erfrischungen und Zwischenmahlzeiten ausser der Zeit.

Da die Herstellung von schmackhaften Präserven sich mehr und mehr vervollkommnet und die Gelegenheiten, Präserven, Delikatessen, Getränke aller Art, frischen Proviant, Früchte u. s. w. an Land einzukaufen, sich im Laufe der letzten Jahre überall ganz ungeheuer vervielfältigt und verbessert haben, so dürfte der Schiffsarzt an Bord unserer Kriegsschiffe jetzt wohl überall im Stande sein, seine Kranken mit wenigen Ausnahmen mit angemessener, schmackhafter und reichlicher Diät und Getränken zu verpflegen.

In der Erkenntniss, dass trotz der besten Unterkunft, Pflege und Beköstigung bettlägerige Kranke im Allgemeinen an Bord schlechter untergebracht sind, als in guten Krankenhäusern auf dem Lande, werden in den heimischen Gewässern nicht bloss alle ansteckenden Kranken, sondern auch die übrigen, wenn ihre Herstellung nicht in ganz kurzer Zeit zu erwarten ist, jedesmal, wenn ein Kriegshafen oder Garnisonort angelaufen wird, in die Marine- oder Militärlazarethe ausgeschifft. Marine-lazarethe befinden sich in Kiel, Wilhelmshaven, Lehe, Friedrichsort und Cuxhaven, ferner in Yokohama (Japan) und Kiaotschou. Die Lazarethe von Kiel und Wilhelmshaven können mehrere Hundert Kranke und Verwundete aufnehmen. Die übrigen sind kleiner. Die Verwaltung und Einrichtung der Marinelazarethe gleicht der der Armeelazarethe. Ihre Einrichtung und Ausstattung giebt der der besten Militärlazarethe nichts nach.

Auch im Auslande sollen nicht bloss Infectionsfälle und Schwerkranke, sondern u. a. auch solche Kranke ausgeschifft werden, bei denen die Witterungsverhältnisse den Heilungsverlauf beeinträchtigen können, z. B. bei grosser Hitze an Bord, bei Kälte, zu erwartendem schlechten Wetter, Sturm, vor Antritt langer Reisen, ferner wenn das Schiff besonderen militärischen Uebungen entgegengeht, die eine geordnete Krankenpflege beeinträchtigen, z. B. Schiessübungen, und bei allen in Aussicht stehenden kriegerischen Actionen. Auf kleineren Schiffen, auf denen

kein festes Lazareth vorhanden ist oder wo sonst durch den beengten Raum an Bord, z. B. bei grosser Krankenzahl, der Krankenpflege Schwierigkeiten erwachsen, darf der Schiffsarzt auch leichter Erkrankte vorübergehend ausschiffen. Die Entscheidung hierüber hat der Schiffsarzt allein. Im Ausland muss aber jede Ausschiffung eines Kranken durch ein ausführliches, schriftliches Gutachten begründet werden. Die Verpflegungskosten für den Aufenthalt auf dem Lande spielen für die Frage der Ausschiffung von Kranken keine Rolle.

Wenn das Schiff endgültig einen ausländischen Hafen verlässt, in dem Schiffsmannschaften an Land in einem Hospital untergebracht sind, so dürfen dort nur solche Kranke zurückgelassen werden, bei welchen nach dem schriftlichen Gutachten des Schiffsarztes durch die Rückkehr an Bord die Aussicht auf Wiederherstellung verloren geht oder der tödtliche Ausgang der Krankheit mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dabei kommen natürlich ausser dem Leiden des Kranken an sich auch die bei der bevorstehenden Reise zu erwartenden äusseren Verhältnisse in Betracht, z. B. die voraussichtliche Dauer der Seereise, Klimawechsel, Aufsuchen von anerkannt ungesunden Gegenden u. s. w. Die im Ausland zurückgelassenen Kranken werden dem Konsul überwiesen, der die Interessen des Kranken in dem Krankenhause, in dem er zurückgelassen wurde, wahrnimmt und ev. ihn nach seiner Wiederherstellung wieder in die Heimath sendet, im Falle des Todes aber für ein seiner Charge entsprechendes Begräbniss und für die Ueberweisung des Nachlasses an die Heimathsbehörde sorgt. Die Heimsendung von Kranken oder Reconvalescenten kann entweder mit heimkehrenden Kriegsschiffen, Ablösungstransporten oder mittelst beliebiger Handelsschiffe auf Kosten des Marinefiskus erfolgen. Mit heimkehrenden Kriegsschiffen oder anderen militärischen Transporten können Invaliden, sowie solche Kranke resp. Reconvalescenten geschickt werden, deren Heilung aussichtslos oder für das Klima und die äusseren Verhältnisse fernliegend ist, unter denen das Kriegsschiff, zu dem der Kranke gehört, sich befindet. Schwerkranke, deren Leiden beim längeren Verbleiben an Bord in chronisches Siechthum überzugehen droht und die auch durch eine weitere Behandlung an Land in überseeischen Häfen voraussichtlich nicht hergestellt werden würden (Geisteskranke, Malariakranke und an anderen Tropenkrankheiten Leidende), können auf schriftliches Gutachten des Schiffsarztes mit einem geeigneten Handelsdampfer in die Heimath zurückgeschickt werden.

Auf den kleineren Kriegsfahrzeugen ohne Arzt sollen alle innerlich Erkrankten oder irgendwie erheblicher Verletzten bei nächster Gelegenheit ausgeschifft werden, indem man sie entweder auf ein grösseres Kriegsschiff, das mit einem Lazareth ausgestattet ist, überführt oder direct in ein Landlazareth ausschifft. Da diese kleinen nur einen Lazarethgehülfen führenden Fahrzeuge lediglich in heimischen Gewässern verwendet werden, so können Kranke, deren Ausschiffung erforderlich ist, in der Regel in wenigen Stunden in ärztliche Behandlung an Land gebracht werden.

Im Auslande kommt es nur selten vor, dass die vorgeschriebene Reiseroute geändert wird, weil ein Kranker ausgeschifft werden soll. Wenn die militärischen Rücksichten es aber irgend gestatten, wird einem die Nothwendigkeit einer solchen Maassregel begründenden Antrag des Schiffsarztes immer nachgegeben.

Aehnlich wie in der Deutschen Kriegsmarine sind die Verhältnisse auf den Kriegsschiffen der übrigen grossen Nationen. Die Unterschiede beruhen meist auf nationalen Eigenthümlichkeiten in der Beköstigung der Kranken, der Arzneizusammensetzung und Arzneibehandlung, der Lagerung u. dergl. Man darf aber mit Grund behaupten, dass die Deutsche Marine in der Verwirklichung des humanen Bestrebens, die Krankenpflege an Bord mehr und mehr zu verbessern, an der Spitze steht und dass man den dafür zu stellenden wissenschaftlichen Anforderungen auf unsern Kriegsschiffen soweit Rechnung zu tragen bemüht ist, als es die militärische Bestimmung eines Kriegsschiffes als Kampfmittel irgend erlaubt.

Die Ausstattung unserer Kriegsschiffe mit Aerzten, übrigem Sanitätspersonal, mit Arzneien und anderen Hilfsmitteln zur Krankenpflege ist im Allgemeinen ebenso gut wie in den neuen Militärhospitälern. Auch die Beköstigung der Kranken lässt nichts zu wünschen übrig. Für die Unterkunft der Kranken erwachsen gerade auf den neuesten Panzern, gegenüber den zwar noch im Dienst verwendeten, aber als unmodern geltenden Kriegsschiffen wieder neue Schwierigkeiten, die durch den complicirten Bau, den Raummangel und die vielen Maschinen, deren Leitungen und Apparate überall hinreichen und im Wege sind, geschaffen werden. Auf den älteren Korvetten und Panzern, die jetzt zum Theil noch als Kreuzer und Schulschiffe benutzt werden, war der Raum weniger knapp bemessen, und die Verhältnisse lagen überhaupt viel einfacher. Dafür stehen jetzt wieder viel vollkommener, technische Hilfsmittel zur Verfügung, um auch unter den verwickelten Verhältnissen auf den neuesten Schiffen den Anforderungen der Hygiene für die Unterbringung der Kranken an Bord zu entsprechen. Namentlich ist zu hoffen, dass die Schwierigkeiten, die sich jetzt noch vielfach einer vollkommeneren Lüftung der Schiffslazarethe entgegenstellen, durch die reichlichere Anwendung elektrischer Ventilationsmaschinen überwunden werden. Bei sehr guter Lüftung dürfte eine Raumgrösse von 15 cbm auf den Kopf in einem Schiffslazareth unter allen Umständen genügen. Sehr schwer wird es gerade in der Zukunft voraussichtlich fallen, den Kranken an Bord die nöthige Ruhe vor dem Lärm der Maschinen und des Dienstes zu verschaffen und die Schiffslazarethe vor der sehr unwillkommenen, zu grossen Durchwärmung durch benachbarte Maschinen und Dampfleitungen zu schützen. Man darf aber überzeugt sein, dass auch in dieser Beziehung alle Mittel aufgeboten werden, damit Kranke an Bord unserer Kriegsschiffe so gut, als es technisch möglich ist, aufgehoben sind.

Specielle Krankenversorgung.

V. Für Soldaten.

2. Bei der Marine.

b) Im Kriege.

Von

Hafenarzt Dr. **Nocht** in Hamburg.

Oberstabsarzt I. Kl. der Seewehr II. Aufgebots.

Die Vorkehrungen für die Krankenpflege bei der Marine sind im Kriege, soweit die Kriegshäfen und die Marinelazarethe an Land in Betracht kommen, analog den in der Armee in den Festungen und grossen Armeelazarethen getroffenen Einrichtungen. Die Kriegsschiffe selbst führen auch im Frieden schon, wenigstens alle in den vollen, militärischen Dienst eingestellten Schiffe, ihre ganze kriegsmässige Ausrüstung und Besatzung, einerlei ob die Schiffe in heimischen Gewässern und zu Uebungszwecken oder über See im diplomatischen Dienst verwendet werden. Ausnahmen bilden nur die vorübergehend zu Probefahrten, Vermessungen u. dgl. mit verminderter Besatzung im Dienst befindlichen Fahrzeuge. Die grosse Mehrzahl der in den activen Dienst gestellten Schiffe ist auch in ihrer Ausrüstung für den Krankendienst schon im Frieden mobil. Nur auf den grössten Panzerschiffen wird im Kriege das Personal um einen Arzt und mehrere Lazarethgehülfen (Sanitätsmaate) vermehrt. Im übrigen können wir in Bezug auf die kriegsmässige Ausrüstung und Einrichtung der Schiffe für den Krankendienst auf die Beschreibung der Organisation des Sanitätsdienstes an Bord im Frieden verweisen und haben hier nur den Verwundetentransport an Bord, sowie die Vorkehrungen für die erste Hülfe für die Verwundeten in und unmittelbar nach einem Seegefecht besonders zu besprechen, sowie die Maassnahmen zu erörtern, die der Für-

sorge für solche Verwundete und Kranke dienen sollen, die bei kriegerischen Landungen an feindlichen Küsten fallen.

Auf den alten Segelfregatten sowohl, wie den älteren Dampfschiffen und gepanzerten Fahrzeugen lagen die Verhältnisse für den Verwundetentransport ziemlich einfach. Die Geschütze und neben ihnen die Bedienungsmannschaft und sonstige Combattanten waren auf einem oder mehreren über einander liegenden Decks postirt, die sich in einer horizontalen Ebene durch die ganze Länge und Breite der Schiffe erstreckten, mit gar keinen oder nur sehr wenigen und dann mit breiten Thüren versehenen, senkrechten Querwänden, so dass man auf jedem Deck, gewissermaassen auf jeder Etage in demselben Niveau das ganze Schiff in seiner ganzen Länge nach von vorn bis hinten durchschreiten konnte. Die Luken, welche von einem Deck zum andern und schliesslich auf das Oberdeck führten, lagen senkrecht übereinander. Der Verwundetentransport zerfiel so in einen Horizontal- und einen Verticaltransport. Die Krankenträger brachten die bei den Geschützen in der Batterie oder die bei den Scharfschützen auf dem Oberdeck gefallenen Verwundeten zunächst längs des betreffenden Decks nach der Transportluke, welche über dem Verbandsplatz lag.

Dieser Horizontaltransport konnte von den Krankenträgern mit den Händen allein, indem zwei Träger in der bekannten Weise mit den Armen einen Sessel für den Verwundeten bildeten, ausgeführt werden, oder man bediente sich dazu einer gewöhnlichen Krankentrage oder eines einfachen Transportstuhles. Die Transportwege waren überall genügend weit und übersichtlich. Der Verticaltransport der Verwundeten aus den Masten und den oberen Decks nach dem immer im untersten Schiff kugelsicher unter der Wasserlinie belegenen Verbandsplatz konnte aber auch auf den älteren Schiffen schon nicht mehr durch blossen Handtransport bewerkstelligt werden. Die festen Treppen, welche von einem Deck zum andern führten, mussten im Gefecht des Munitionstransportes wegen weggenommen werden. Die Verwundeten konnten also nicht hinabgetragen, sondern mussten in besonderen Vehikeln, die an Tauen aufgehängt waren, zum Verbandsplatz hinuntergelassen werden. In der Französischen Marine diente z. B. zu diesem Zwecke noch bis in die neueste Zeit hinein eine horizontale Plattform, die an einem Tau aufgehängt war und in Leitschienen wie ein Fahrstuhl durch die Luken auf und nieder gezogen werden konnte. Auf unsern Deutschen Kriegsschiffen war — und ist es auf den älteren Kreuzern und Panzern noch — ein recht practischer, zusammenlegbarer Transportstuhl in Gebrauch.

Der Sitz, die Rücklehne, die Armlehne und die Fusslehne bestehen aus mit Segeltuch überzogenen Metallrahmen, die mit Rollen und Scharnieren mit einander verbunden, gegeneinander beweglich und feststellbar sind. Wenn der Stuhl zum Gebrauch zurecht gemacht und in der Normalstellung festgestellt ist, sitzt der Kranke wie in einem Fauteuil auf einer doppelt geneigten, schiefen Ebene mit leicht gebeugten Hüft-

und Kniegelenken. Wenn der Stuhl frei aufgehängt schwebt, so befindet sich das Gesäss der Verwundeten etwas tiefer als die Knie. Der Verwundete kann also nicht aus dem Transportstuhl hinausrutschen, wird ausserdem aber noch durch einen Brustgürtel festgehalten. Der Stuhl ist an vier Stricken aufgehängt, die sich oben in einem Ringe vereinigen. Durch diesen Ring (Auge) wird eine Jolle (Tau) gezogen, das über eine feste Rolle geht. So wird der Stuhl auf- und niederbewegt. Vor Seitenschwankungen, Anstossen an die Lukenwände schützen Führungsleinen, die an den Seiten des Stuhles angebracht sind und von unten postirten Leuten straff gehalten werden müssen, damit sich der Stuhl nicht dreht und nicht pendelt. Auch kann der Stuhl mittelst dieser Führungsleinen Hindernissen, die in die Führungsbahn hineinragen, frei gesetzt und nach unten wenn nöthig auch in einer geneigten Achse hinabgelassen werden. Auf diese Weise werden die Verwundeten auch aus den Marsen (den Mastkörben der Laiensprache) heruntergeholt. Zum Horizontaltransport dienen Tragestangen, die durch an dem Stuhl seitlich angebrachte Schleifen hindurchgesteckt werden. Dabei sind nur zwei Krankenträger nöthig, zum Verticaltransport braucht man deren vier. Zwei Mann ziehen den Stuhl auf und nieder („heissen“ und „fieren“); die beiden andern dirigiren den Stuhl durch die Führungsleinen oder indem sie den Stuhl unmittelbar mit den Händen von den Hindernissen in der Fahrtrichtung abstossen. In den Stuhl hinein wird der Verwundete nach denselben Regeln und Commandos, wie in der Armee, auf die Krankentrage gelagert; eine Umlagerung war auf den alten Schiffen bis zur Ankunft des Verwundeten auf dem Verbandplatz nicht nöthig. Die Luken waren überall gross genug, um den Stuhl bequem hindurchzulassen. Aufhängepunkte für das Jolltau fanden sich auf den älteren Schiffen, die sämmtlich mit Segeltakelage versehen waren, überall. Auch auf grossen Fregatten brauchten nur wenige (3—4) Transportstationen eingerichtet zu werden und die an jeder Station postirten Krankenträger (je vier an Zahl) genügten, um auch eine grössere Anzahl von Verwundeten nach und nach heranzuholen und durch die Transportluke hinabzulassen, weil auf plötzliche Massenkatastrophen, wie die Verwundung einer grossen Menschenmenge durch einen einzigen Schuss, nur selten zu rechnen war und der Transport von Kranken in der Regel während des ganzen Gefechtes ohne Pausen ausgeführt werden konnte. Die Transportwege waren meist frei und dienten nur gelegentlich nebenher zum Munitionstransport oder wurden durch die auf das Oberdeck hinaufeilenden Scharfschützen vorübergehend in Anspruch genommen.

Der in einem der untersten Schiffsräume belegene Verbandplatz war auf den älteren Schiffen zwar meist dunkel und niedrig, bot aber in der Regel genügend Platz, um die Verwundeten zu verbinden, unaufschiebbare Operationen vorzunehmen und die Verwundeten auf Matratzen, die an Deck ausgebreitet waren, in verhältnissmässiger Ruhe und Sicherheit zu lagern. Vor allem stand der einmal als Verbandplatz erwählte Raum den Aerzten und ihren Helfern während des ganzen Gefechtes

allein zur Verfügung. Hier unten blieben die Aerzte — zum mindesten der ältere Arzt — während des ganzen Gefechtes. Gelegentlich wurde der Assistenzarzt nach oben befohlen, um den Verwundetentransport zu leiten. In vielen Marinen hatten die Aerzte mit dem Verwundetentransport im Gefecht reglementsässig bis zum heutigen Tage gar nichts zu thun. So bildete es eine ständige Klage der Französischen Marineärzte, dass sie officiell weder beim Unterricht noch bei der Ausübung dieses wichtigen Zweiges des Sanitätsdienstes im Kriege betheiligt waren. Sie sahen die Verwundeten erst auf dem Verbandplatz. Auch die ganze Organisation der ersten Hülfe für die Verwundeten im Gefecht ging sie nichts an, während bei uns der Schiffsarzt von jeher im Einvernehmen mit dem ersten Officier den Plan für alle dabei in Betracht kommenden Verhältnisse gleich nach der Indienststellung des Schiffes feststellt: Hierzu gehört die Auswahl und Einrichtung des Verband- und Lagerungsraumes für die Verwundeten, die Feststellung der Transportwege und die Art des Transportes, die Vertheilung des Sanitätspersonales, einschliesslich der Krankenträger u. s. w. Auch die Ausbildung der Krankenträger lag und liegt auch jetzt noch bei uns allein in den Händen der Aerzte. Die für den Sommerdienst unserer Kriegsschiffe erforderlichen Krankenträger werden in den Kriegshäfen in grosse, gemeinschaftliche Unterrichtsabtheilungen formirt und von mehreren Assistenzärzten unter Leitung eines Oberarztes theoretisch und practisch schon während des Winters vorgebildet. An Bord der Schiffe selbst unterrichtet und übt sie der Hülfsarzt nach Anweisung des Schiffsarztes weiter.

Mit der Zeit ist nun aber der Bau unserer Kriegsschiffe immer verwickelter geworden und damit haben sich die Schwierigkeiten für den Transport und die erste Hülfeleistung für an Bord im Gefecht Verwundete ganz ungemein vergrössert. Dies gilt besonders für die grösseren Schiffe, während früher, je grösser das Schiff war, auch seine inneren Räume um so einfacher, übersichtlicher und geräumiger wurden. Da man ferner jetzt von allen für die See benutzbaren Kampfmitteln Gebrauch macht und jeder Gefechtsapparat seine eigene Bedienungsmannschaft erfordert, so ist trotz der vielen Maschinen an Bord, welche den Betrieb erleichtern, doch die Anzahl der Schiffsbesatzungen gegen früher nicht kleiner, sondern eher grösser geworden.

Zum ersten Mal wieder seit langer Zeit sind Kriegsschiffe — und zwar solche von modernster Bauart und Einrichtung — in grösserer Anzahl gegeneinander im Gefecht gewesen in der Schlacht um die Mündung des Jalufusses im letzten Kriege zwischen Japan und China. Der Kampf dauerte mehrere Stunden und die Anzahl der Verwundeten war sehr beträchtlich. So wurde auf dem japanischen Kreuzer Matsushima über ein Viertel der Mannschaften durch Verwundung ausser Kampf gesetzt. Durch ein einziges Projectil wurden auf diesem Schiffe 30 Menschen getödtet, 70 verwundet, auf einem anderen 14 getödtet und 27 verwundet.

Die Verwundungen waren im Allgemeinen von sehr schwerem Charakter. Auf chinesischer Seite sind die Verluste nach den Schätzungen, welche europäische Marineofficiere nach der Rückkehr der Schiffe, die noch übrig geblieben waren, in dem Hafen an Bord vornahmen, noch viel grösser gewesen. Indessen haben genaue Zahlen nicht festgestellt werden können. Die Verluste der Schiffe der Vereinigten Staaten von Nordamerika in den Seegefechten mit den Spaniern im letzten Kriege waren sehr gering, die der Spanier dagegen sehr gross. Dies Missverhältniss entsprach den ausserordentlich ungleichen Kräften der beiden Gegner. Alle militärischen Autoren, die sich mit dem modernen Seegefecht beschäftigt haben, stimmen darin überein, dass auf unseren modernen Kriegsschiffen im Gefecht schon nach verhältnissmässig kurzer Zeit sehr grosse Verluste an Mannschaften zu erwarten sein werden. Im Gegensatz zu den Landgefechten sind die Nichtcombattanten (Maschinenpersonal, Aerzte, Krankenträger u. s. w.) dabei ebenso gefährdet, wie die Gefechtsmannschaften. Nur das unter der Wasserlinie beschäftigte Personal scheint vor Verwundungen sicherer zu sein. Zu den directen Wirkungen durchschlagender Geschosse gesellen sich überall an Bord die oft viel weiter gehenden, indirecten Wirkungen — umherfliegende Splitter abgeschossenen und in Brand gerathenen Holzes, sonstige Feuergefahr, Explosionen, Schiffsuntergang.

Es ist nun ausgeschlossen, dass der Verwundetentransport in einem modernen Seegefecht so wie früher während des ganzen Kampfes ununterbrochen vor sich gehen kann. Die neuen Kriegsschiffe sind mit einer grossen Anzahl von Quer- und Längswänden im Inneren versehen und dadurch in sehr viele von einander ganz getrennte, wasserdichte Abtheilungen getheilt, damit das Schiff auch dann noch schwimmfähig bleibt, wenn es an einer oder mehreren Stellen leak geschossen ist. In den Abtheilungswänden, die Schotten genannt werden, befinden sich zwar Thüren; indessen müssen diese Thüren, damit die ganze Construction ihren Zweck erfüllt, gerade während des Gefechtes geschlossen bleiben. Auf den neuesten Kriegsschiffen sind überdies auch diese Thüren soweit als irgend möglich weggelassen, weil man sich der Unsicherheit nicht aussetzen will, dass sie verbotenerweise geöffnet, zu spät oder gar nicht geschlossen werden, wenn das Schiff in Gefahr gerathen ist. Man kann auf diesen Schiffen aus den einzelnen Abtheilungen hinaus und hinein nur vom Oberdeck aus gelangen. Die in den unteren Schiffsräumen befelegenen Maschinen, Munitions- und Pulverkammern, Torpedoaufbewahrungsräume u. s. w. werden durch ein horizontales Panzerdeck, das durch das ganze Schiff läuft, von dem Oberschiff abgeschlossen. Damit ist die Sicherheit des Schiffes erheblich erhöht, der Verkehr von oben nach unten aber sehr erschwert und auf einige Luken beschränkt, die im Gefecht zum Theil ebenfalls geschlossen gehalten werden müssen. Endlich sind die grossen, schweren Geschütze in der Regel einzeln oder zu zweien in besonderen, abgeschlossenen Panzertürmen untergebracht und die mittelgrossen Geschütze ebenfalls in einer

gepanzerten und geschlossenen Gefechtsabtheilung aufgestellt. Hierzu kommen der gepanzerte, geschlossene Commandothurm und die grossen, durch gepanzerte Brustwehren abgeschlossenen Plattformen, hoch oben um die Masten herum, auf denen mehrere Geschütze und oft bis zu 50 Menschen stationirt sind. So zerfällt das ganze Schiff in eine Anzahl von einander und von den unteren, die sogenannten vitalen Theile des Schiffes enthaltenden Räumen unabhängigen Gefechtseinheiten, die während des Kampfes von aussen unzugänglich sind und nur mit dem Commandothurm durch Sprachrohre, elektrische Leitungen u. dgl. verbunden sind. Dabei ist der Panzer, der diese Kampfabtheilungen umgiebt, nirgends gegen alle Geschosse unverwundbar. Wenn er aber durchbrochen ist, kann man gleichzeitig damit Massenverluste unter den dort kämpfenden Mannschaften erwarten.

Was endlich die Wahl des Verbandplatzes anlangt, so sind auf den Schiffen moderner Construction die unteren Schiffsräume nur selten so beschaffen, dass sie den Anforderungen an einen Centralverbandplatz, nach welchem alle Verwundeten hingebacht werden können, entsprechen. Hierzu braucht man leicht erreichbare, grosse Räume, in denen das Sanitätspersonal ungestört und unbeengt seinen humanitären Pflichten obliegen kann und in denen die Verwundeten, nachdem sie verbunden sind, bequem und ruhig gelagert werden können. Heutzutage finden wir aber in den unteren Schiffsräumen, die in Frage kommen können, überall Maschinen, die sehr viel Platz wegnehmen, oft eine unerträgliche Hitze verbreiten und deren Bedienungsmannschaften dem Sanitätspersonal überall im Wege sind. Aber auch wenn für die Lagerung aller zu erwartenden Verwundeten genügender Platz zu finden wäre, würden auf einem solchen centralen Verbandplatz in den unteren Räumen eines modernen Schiffes Schwierigkeiten dadurch entstehen, dass kaum für genügende Lüftung während des Gefechtes gesorgt werden könnte, und es ist von Französischen Marineärzten mit Recht die Frage aufgeworfen worden, ob man es wegen der Luftverschlechterung, die sich dort unten in kurzer Zeit einstellen würde, wagen dürfte, mehrere Personen daselbst hintereinander zu chloroformiren.

Wenn man alle diese den modernen Kriegsschiffen eigenthümlichen Verhältnisse zusammen erwägt, so gelangt man zu der Ueberzeugung, dass die für die älteren Kriegsschiffe und die Seegefechte früherer Zeiten eingeführte Organisation des Verwundetentransportes und der ersten Fürsorge für die Verwundeten an Bord, die einen ununterbrochenen, ruhigen Transport der Verwundeten von dem Orte, an dem sie gefallen, bis auf einen centralen Verbandplatz durch die etatsmässigen Krankenträger allein, sowie eine stationäre Thätigkeit der Aerzte auf dem centralen Verbandplatz voraussetzt, jetzt nicht mehr ernsthaft durchgeführt werden kann.

Meiner Ansicht nach, die ich mir nach eigenen Erfahrungen gebildet habe und die mit den bisher in der neueren Literatur, namentlich seitens Französischer und Italienischer Marineärzte veröffentlichten Organisations-

vorschlägen im Wesentlichen übereinstimmt, wird sich in einer zukünftigen Seeschlacht der Transport und die erste Hülfeleistung für die Verwundeten etwa folgendermaassen gestalten müssen.

Die Verwundeten werden nur in den Gefechtspausen fortgeschafft werden können. Die Schiffe kämpfen im Allgemeinen mit einander, indem sie aneinander vorüberfahren und sich beschliessen. Dabei wechseln Perioden mit günstiger Schusslage mit solchen ab, in denen die gegenseitige Position und Entfernung von selbst zum Einstellen des Feuers zwingt. Während dieser Pausen, in denen die Schiffe lediglich manövriren, um wieder in eine günstige Gefechtslage zurückzugelangen, können die Panzerthürme und die übrigen, sonst geschlossenen Luken und Thüren vorübergehend geöffnet werden, damit Verwundete hinweggeschafft und die Geschütze wieder gefechtsklar gemacht werden können. Wann die Zeit hierzu gekommen ist, kann nur von der obersten Commandostelle aus beurtheilt werden. Man muss also mit dem Verwundetentransport auf den Befehl des Commandanten warten. Sobald dieser Befehl gegeben ist, besteht die zu lösende Aufgabe in erster Linie darin, in möglichst kurzer Zeit die Gefechtsplätze frei von Verwundeten zu bekommen. Es kann sich also nicht darum handeln, die Verwundeten einen nach dem andern sorgsam auf langen und auf complicirten Wegen nach einem centralen Verbandplatz in die unteren Schiffsräume zu schaffen, sondern es kommt dabei darauf an, sie so schnell als möglich in den kurzen Gefechtspausen nach solchen, in unmittelbarer Nähe der Gefechtsplätze belegenen Orten zu transportiren, wo sie nicht mehr im Wege sind, einerlei ob diese Plätze kugelsicher sind oder nicht. Dabei wird in der Regel nur ein kurzer Horizontaltransport neben die Gefechtsstellen, nicht aber ein Transport auf complicirten Wegen nach unten in Frage kommen. Die etatsmässigen Krankenträger reichen zu diesem beschleunigten Massentransport natürlich nicht aus. Jeder unverwundete Mann, der nicht anderweitig in Anspruch genommen ist, muss dabei Hand anlegen und dazu commandirt werden. Man muss also die ganze Schiffsbesatzung in den nöthigsten Handgriffen zum Verwundetentransport unterrichten, und jeder Einzelne muss die Wege, auf denen dieser Transport vor sich zu gehen hat und die Stellen, wo die Verwundeten vorläufig zu lagern sind, genau kennen. Diese Wege und Plätze müssen vom Schiffsarzt in Verbindung mit dem 1. Officier schon gleich nach der Indienstellung ausgesucht und ein für alle mal festgestellt werden¹⁾.

Die Aerzte dürfen nicht mehr auf einen centralen Verbandplatz gebannt sein, sondern sie müssen ihre Thätigkeit ambulant ausüben, sich in den Gefechtspausen nach den verschiedenen Lagerungsplätzen für die Verwundeten begeben und dort die Verbände anlegen.

1) Diese Zeilen sind 1897 geschrieben worden. Dem Vernehmen nach wird jetzt (1900) auf den Deutschen Linienschiffsgeschwadern thatsächlich der Verwundetentransport in ähnlicher Weise geübt.

Nach den bisherigen Bestimmungen unserer Marinesanitätsordnung sollen die Mannschaften für Gefechte an Bord in der Regel nicht mit Verbandpäckchen, wie sie jeder Mann in der Armee im Kriege mit sich führt, ausgerüstet werden. Ich glaube aber, dass es doch unter Umständen sehr erwünscht sein kann, wenn man auch an Bord mit diesen einfachen Mitteln leichtere Verwundungen sofort verbinden und das bei der ambulanten Thätigkeit während der Gefechtpausen von den Lazarethgehülfen für den Arzt mitgeführte Verbandmaterial für Schwerverwundete, bei denen umfangreichere Verbände nöthig werden, reserviren könnte.

Eine centrale Station, kugelsicher unter der Wasserlinie belegen, ist hauptsächlich dafür noch beizubehalten, damit man dort ein sicheres Depot für Verbandmittel, Instrumente etc. hat. Auch können einzelne Verwundete in den längeren Gefechtpausen dorthin gebracht werden. Diese Verwundeten werden aber erst von den Aerzten auf den Lagerplätzen ausgesucht und bezeichnet werden müssen. Es können dafür nur solche Fälle in Frage kommen, die grössere, unaufschiebbare Operationen in einem besonderen Operationsraum nöthig machen. Solche Verwundeten werden von den eigentlichen, im Gefecht nur für diesen Dienst bestimmten Krankenträgern nach dem dazu bestimmten Operationsraum transportirt werden müssen. Die übrigen Verwundeten werden wohl während des ganzen Gefechtes auf den oberen, nicht kugelsicheren Lagerungsplätzen verbleiben müssen und können wahrscheinlich nur ausnahmsweise in einer grösseren Gefechtpause, in der Regel aber erst nach der Schlacht langsam und nach und nach in Sicherheit gebracht werden. Dann brauchen sie auch nicht mehr alle auf einer Centralstation gesammelt zu werden, sondern man wird sie an verschiedene Räume unten im Schiffe vertheilen, wo sie ruhig und bequem gelagert werden können. Auch für diesen Transport kommen wieder nur die eigentlichen Krankenträger in Betracht. Die verfügbaren Plätze sind ihnen vorher bekannt zu geben, auch die Wege müssen sie genau kennen. Die Vertheilung der Verwundeten muss ein Arzt oder Lazarethgehülfe leiten.

Aus den Gefechtsstellen, die etwa oben um die Masten herum etablirt sind, können Verwundete wahrscheinlich ebenfalls erst nach der Schlacht heruntergeschafft werden. Man kann aber dort für die erste Hülfeleistung einen Lazarethgehülfen oder Krankenträger mit Verbandmaterial postiren.

Man nimmt an, dass die modernen Seeschlachten nur verhältnissmässig kurze Zeit, event. nur einige Stunden dauern werden (die Schlacht am Jalufusse hat vier Stunden gedauert) und man darf daher erwarten, dass auch unter den neuen, gegen früher gänzlich veränderten Verhältnissen an Bord die erste Hülfe den Verwundeten, denen sie überhaupt gebracht werden kann, meist immer eher als in Landgefechten wird dargeboten werden können, auch wenn der Verwundetentransport den militärischen Anforderungen gegenüber zurückstehen muss. Bei der verän-

derten Organisation des Sanitätsdienstes sind übrigens an etatsmässigen Krankenträgern, die in den Gefechtspausen zunächst alle Mann mit Hand anlegen müssen, nach wie vor nicht mehr wie 10—12 Mann auch auf den grössten Schiffen nöthig. Sie müssen aber für jedes Schiff besonders eingeübt werden, da es vor allem darauf ankommt, dass sie die verwickelten, für den Verwundetentransport benutzbaren Wege und die Lagerungsplätze genau kennen. Daneben muss die ganze Mannschaft in den einfachsten Handgriffen für den Verwundetentransport ausgebildet werden.

An die Auswahl und Offenhaltung der Wege für den Verwundetentransport muss schon während des Baues der Schiffe gedacht werden. Nachher ist es oft zu spät. Man muss von Anfang an darauf Rücksicht nehmen, dass die wichtigsten Transportwege unter allen Umständen frei bleiben, nicht durch den Gefechtsdienst beansprucht werden und dass unter der Wasserlinie ein geschützter, gut zu lüftender und hell beleuchteter Operationsraum benutzbar bleibt, in dem ein Operationstisch so aufgestellt werden kann, dass sich Aerzte und Hülfspersonal bei den Operationen frei bewegen können. Daneben muss Raum für Verbandmaterial und Nebenbedürfnisse vorhanden sein. Der Verbandplatz muss u. A. auch mit einer Süswasserleitung versehen sein. Man wird auf unsern modernen Neubauten dafür keinen so grossen Raum beanspruchen können, dass alle Verwundeten dort verbunden und gelagert werden können. Der Raum braucht nur so gross zu sein, dass dort die grösseren unaufschiebbaren Operationen vollzogen und die Operirten bequem gelagert werden können. Man ist jetzt bei uns dazu übergegangen, für die Sicherstellung des Verwundetentransportes und die Wahl des Verbandplatzes an Bord dadurch zu sorgen, dass die Pläne und der Bau selbst durch einen höheren Marinearzt vor der Fertigstellung des Schiffes in Bezug auf diese Verhältnisse controlirt werden.

Auch die bisherigen Transportmittel sind für die meisten modernen Kriegsschiffe nicht mehr brauchbar. Für den grossen bequemen, Deutschen Transportstuhl sind die benutzbaren Wege oft zu eng und complicirt. Auch fehlt es für den Verticaltransport an Befestigungspunkten, um den Stuhl auf- und niederziehen zu können. Man braucht deshalb neben dem Stuhl Transportmittel, die man unter Umständen auch gleiten lassen oder längs Deck schleifen kann und in denen der Verwundete durch enge Luken passiren kann. Diese Transportmittel dürften übrigens nur für den secundären Transport von Verwundeten, nämlich von den provisorischen Lagerplätzen nach den unteren Schiffsräumen resp. nach einem anderen Schiff in Betracht kommen, während der erste Transport von der Gefechtsstelle hinweg, wie schon erwähnt, meist mit den Händen allein wird ausgeführt werden müssen. Hier gilt es vor allem, die Verwundeten in möglichst beschleunigtem Tempo aus dem Wege zu schaffen und dazu dauert der Transport mit besonderen Stühlen und anderen Apparaten zu lange, da die Verwundeten erst ein- und ausgeladen werden müssen; nur in Ausnahmefällen wird man daher diese Transport-

mittel in der Schlacht auf der Gefechtsstelle selbst anwenden können. Dagegen kann auf diese Apparate bei Verwundungen und Unfällen, die in den engen, untersten Schiffsräumen vorgekommen sind, nicht verzichtet werden.

Namentlich von Französischen Marineärzten sind eine Menge interessante Vorschläge gemacht und Transportmittel construiert worden, die für die engsten und complicirtesten Wege, z. B. auch für den Transport aus den Heiz- und Kesselräumen hinaus bequem und sicher anzuwenden sein sollen. Die in der Deutschen Marine angestellten Versuche und die Ergebnisse bezüglich der Einführung eines brauchbaren Transportmittels für die Verwundeten an Bord der modernen Schiffe sind bisher nicht veröffentlicht worden.

Damit die Breite und Tiefe des Transportgeräthes möglichst weit hinter den Dimensionen der zu benutzenden engen Luken und Wege zurückbleiben, muss der Verwundete entweder in ganz gestreckter Lage oder in halbsitzender Stellung in einem dem Körper sich möglichst anschmiegenden Gestell gelagert werden. Wenn der Verwundete in ganz gestreckter Lage befördert wird, bedarf er beim Verticaltransport der Unterstützung in den Achselhöhlen und Schenkelbeugen durch Tragebänder, Seitenschiene und Stützen, da auf die eigene Unterstützung durch die Beine und den Körper nicht zu rechnen ist, und der Verwundete sonst in dem frei aufgehängten, senkrecht schwebenden Transportapparat in sich zusammenrutschen oder herausfallen würde. Man hat deshalb u. a. vorgeschlagen, die Verwundeten auf einem schmalen, gepolsterten Brett festzuschnallen, das mit Tragebändern für die Achseln, Brust und Schenkelbeugen ausgerüstet ist, oder ihn in eine mit solchen Tragebändern versehene Hängematte, lang ausgestreckt, einzuschnüren (Vorschlag des Französischen Marinearztes Guézennec). In beiden Apparaten kann der Verwundete beliebig, entweder senkrecht aufgehängt und frei schwebend, oder in schräger Richtung, gleitend oder geschoben transportirt werden. Die Idee von Guézennec ist von andern Französischen Marineärzten noch weiter ausgebaut und abgeändert worden. Man hat, um der Hängematte mehr Halt zu geben, Rücken- und Seitenstützen zugefügt aus Holz oder Eisenblech und auch für die Achsel- und Beingurte Verbesserungsvorschläge gemacht. Ich glaube, dass die Einfügung eines gepolsterten Rückenbrettes in die Transporthängematte, von Körperlänge und Rückenbreite, auf dem der Verwundete durch Gurte unter den Achseln und um die Schenkelbeugen, event. auch um Brust und Kopf befestigt wird, für alle Fälle die genügende Sicherheit gewährleisten würde. Die Hängematte wird, nachdem der Verwundete auf dem Brett befestigt ist, über ihm eng zusammengeschnürt, so dass der Verwundete in einer engen, langen Hülse liegt, die auch beim Verticaltransport in der Luft schwebend aufgehängt, sicher genug ist. Für den Horizontaltransport ist die Trage fertig, man braucht nur an den Ecken des Rückenbrettes unten Handhaben anzubringen, in die man mit den Händen hineinfassen kann. In einer solchen Hängematte eingeschnürt, kann

der Kranke auch auf Treppen gleitend hinunterbefördert oder längs des Decks geschleift werden.

Als Nachteile dieser Hängematte hat man es bezeichnet, dass der Apparat für manche Schiffe zu lang sein dürfte. Beim horizontalen Transport könne man damit in engen Gängen schwer um scharfe Ecken herum kommen; man stosse beim Versuch, den Apparat aufzurichten, leicht oben oder unten an Hindernisse an, die man zwar für sich selbst leicht durch einfache Körperbewegungen, Heben der Beine, Beugen des Kopfes u. dgl. vermeiden kann, die aber für einen starren, langen Körper schwer zu umgehen seien. So könnten auch beim Heruntergleiten der langen Hülse von einem Deck zum andern Schwierigkeiten entstehen.

Deshalb sei kürzeren Transportapparaten der Vorzug zu geben. Wenn man den Verwundeten in halbsitzender Stellung, in einer sich dem Körper eng anschmiegenden, aber dabei doch festen Hülse lagert, so kann man ihn auch so noch durch alle überhaupt benutzbaren, engen Luken und Wege hindurchbringen und hat neben allen Vortheilen der festen Hängematte noch den der grösseren Kürze des Apparates. Es handelt sich bei den diesen Rücksichten entsprechend hergestellten Apparaten um offene Rinnen aus Drahtgeflecht, Korbweiden, Bambus, Palmensrippen u. dgl., die für das Gesäss ausgebuchtet und auch für die Knie so gebogen sind, dass der Verwundete in ihnen eine bequem sitzende Stellung einnimmt. Diese Rinnen müssen den Verwundeten eng umschliessen. Zur Vermehrung ihrer Festigkeit sind sie nöthigenfalls mit Seitenschiene und einer Rückenschiene zu versehen. Dieses von dem Französischen Marinearzt Auffret angegebene Modell hat viele Vortheile. Es ist leicht und fest, der Kranke sitzt wie in einem Fauteuil ganz sicher und der Apparat ist überall an Bord zu gebrauchen. Zum Verticaltransport wird er an einer Kette oder an Stricken, ähnlich wie unser alter Deutscher Transportstuhl aufgehängt; er kann dabei obendrein in Leitschiene auf- und abgehen, was aber nur ausnahmsweise nöthig sein dürfte. Man kann den Verwundeten in diesem Stuhl aber auch sehr gut schräg auf einem Brett hinunter gleiten lassen (Rolle am Fuss-theil) oder von Hand zu Hand hinuntergeben. Der Horizontaltransport kann von zwei Trägern mittelst seitlich angebrachter Tragestangen ausgeführt werden; man kann den Verwundeten aber auch wie auf einem Karren auf den am Fuss-theil des Apparates angebrachten Rollen vor sich herschieben, indem man sich hinter den Apparat stellt, ihn an in der Schultergegend seitlich angebrachten Handhaben etwas in die Höhe hebt und vorwärts schiebt. So kann man den Verwundeten sehr gut auch um scharfe Ecken in engen Gängen bringen. Der Apparat kann ferner an Torpedoleitschiene oder den für den horizontalen Munitionstransport bestimmten Suspensionsschiene aufgehängt und so weiter bewegt werden. Um den Apparat mit dem Verwundeten schliesslich irgend absetzen und niederlegen zu können, sind allerdings besondere Gestelle, mindestens ein Kopfgestell nöthig, damit der Kranke nicht mit

dem Kopf tiefer als mit dem Gesäss zu liegen kommt. Man kann übrigens den Verwundeten, während der Apparat in Schubkarrenstellung von einem Mann gehalten wird, aus der Rinne herausnehmen und an Deck lagern. Der Verwundete soll nämlich beim Einladen in den Apparat nicht direct hineingesetzt, sondern erst auf ein viereckiges Stück Segeltuch, das an seinen vier Enden mit Handhaben versehen ist, gelagert werden. An diesen Handhaben wird die Segelleinwand in die Höhe gehoben, und der darin liegende Verwundete in den Transportstuhl hineingelegt. Ebenso wird beim Ausladen des Verwundeten wieder nur das Segeltuch an seinen Handhaben angefasst und mit seinem Inhalt herausgehoben.

Ein Nachtheil des Apparates besteht darin, dass er nicht zusammengelegt werden kann, indessen dürfte auch auf den Schiffen, für die vielleicht 20--30 solcher Apparate im Kriegsfall an Bord genommen werden müssen, der zur Aufbewahrung dieser Stühle nöthige Platz zu erübrigen sein. Auf kleineren Schiffen, auf denen nur drei oder vier Transportstühle nöthig sind, ist der Platz dafür immer vorhanden. Das Auffret'sche Modell (gouttière Auffret) ist seit September 1897 in der Französischen Marine eingeführt und zwar soll für je 300 Mann Besatzung ein Apparat an Bord sein. Für den Kriegsfall dürfte die Ausrüstung mit solchen Apparaten aber bedeutend vermehrt werden müssen. Was die Deutsche Kriegsmarine anlangt, so scheinen die dem Vernehmen nach seit Jahren im Gange befindlichen Versuche bezüglich der Einführung eines neuen Transportmittels für Verwundete an Bord der modernen Schiffe, auf denen der alte Transportstuhl nicht mehr recht zu brauchen ist, noch nicht abgeschlossen zu sein. Wenigstens sind neue Bestimmungen in dieser Beziehung noch nicht veröffentlicht worden.

Nach dem Gefecht müssen die Verwundeten möglichst bald von Bord entfernt werden. Die Gefechtsfähigkeit der Schiffe wird durch die weitere Anwesenheit einer grossen Anzahl von Verwundeten zu sehr beeinträchtigt, andererseits erheischt es die Rücksicht auf die Verwundeten selbst, dass sie möglichst bald in grössere Sicherheit und zu grösserer Ruhe kommen. In der Nähe des Landes kann dies dadurch erreicht werden, dass das Schiff schleunigst in einen Hafen einläuft und dort seine Verwundeten absetzt. Dies kann aber nur dann in Betracht kommen, wenn das Schiff aus militärischen Gründen oder wegen Ausbesserung den Hafen aufsuchen muss. Für alle anderen Fälle sind schnelle Lazaretschiffe nöthig, die die kämpfenden Geschwader entweder von vornherein begleiten oder ihnen nach der Schlacht vom nächsten Hafen aus zu Hülfe geschickt werden.

Während einer Seeschlacht selbst kann auf die Hülfe eines Lazaretschiffes nicht gerechnet werden. Vorläufig stehen diese Fahrzeuge noch nicht unter der Genfer Convention. Aber auch wenn sie den ausdrücklichen Angriff feindlicher Schiffe nicht zu fürchten brauchen, dürfen sie im Interesse ihrer eigenen Sicherheit sich nicht in das Gewoge des Kampfes zwischen die durcheinander manövrirenden und schiessenden

Schiffe und Torpedoboote wagen. Auch haben die kämpfenden Schiffe weder die Zeit noch genügend sichere Gelegenheit, um den Kampf unterbrechen, in der Nähe des Lazarethschiffes verweilen und die Verwundeten ausschiffen zu können. Darauf kann nur ganz ausnahmsweise beim Ausbrechen eines Schiffes aus der Gefechtsformation, fern vom Kampfplatz und wenn es nicht verfolgt wird, gerechnet werden. Die Thätigkeit der Lazarethschiffe beginnt im Allgemeinen erst nach der Schlacht.

Für die Gegend des Kampfplatzes kommt nur das Lazarethschiff des Siegers in Frage, das sich auch der Verwundeten auf den feindlichen, manövrirunfähig zurückgebliebenen oder eroberten Schiffen annehmen muss. Die Lazarethschiffe des besiegten Theiles müssen mit ihrer Flotte das Schlachtfeld verlassen und können ihren Schiffen erst weit ab vom Schlachtfeld Hülfe bringen. Die Aufgabe der Lazarethschiffe wird um so schwerer, wenn der Kampf nicht in der Nähe der heimischen Küsten, sondern auf hoher See stattgefunden hat und ein längere Zeit erfordernder Transport der Verwundeten bis nach den heimischen Häfen nöthig wird. Noch grösseres muss geleistet werden, wenn es sich darum handelt, der Flotte an fernen Gestaden, z. B. beim Blokiren feindlicher Häfen und Küstenstrecken Hülfe zu bringen. Endlich kommen Lazarethschiffe noch bei kolonialen Unternehmungen in Frage und zwar sowohl als Transportschiffe, um Verwundete und Kranke nach der Heimath zurückzubringen, wie als stationäre Lazarethschiffe in Gegenden, wo die localen Verhältnisse an der Küste wegen ihrer Unwirthlichkeit oder des ungesunden Klimas wegen die Unterbringung und Behandlung der Verwundeten und Kranken an Land verbieten.

Sowohl in der allgemeinen Beschaffenheit, wie in der speciellen, sanitären Einrichtung und Ausrüstung der Lazarethschiffe sind nach diesen verschiedenen Aufgaben auch mehr oder weniger grosse Ansprüche zu erfüllen; besonders für koloniale Unternehmungen an fernen, uncivilisirten und ungesunden Küsten sind ganz specielle Aufgaben zu lösen, die, ohne dass man ganz bestimmte Einzelfälle im Auge hat, von allgemeinen Gesichtspunkten aus nicht beurtheilt werden können. Wir müssen uns für unsere Zwecke darauf beschränken, die Anforderungen zu besprechen, die an die Lazarethschiffe zu stellen sind, welche Verwundete aus einer Seeschlacht hinweg und in den Hafen bringen sollen.

Die bisher im Ernstfall benutzten und in der Literatur beschriebenen Lazarethschiffe weisen, der Verschiedenartigkeit ihrer Bestimmung entsprechend, grosse Unterschiede in Grösse, Einrichtung und Ausrüstung auf. Namentlich die Engländer und Franzosen haben in der Einrichtung solcher Schiffe grosse Erfahrungen gesammelt und benutzen noch heute regelmässig Krankentransportschiffe, um Kranke und Verwundete in grösserer Zahl aus ihren Kolonien in die Heimath überzuführen. Indessen bringen es die ungeheuren Fortschritte im modernen Schiffsbau und die immer von neuem erhöhten Ansprüche, die wir in jeder Beziehung auch an Bord an die Pflege der Kranken und Verwundeten

stellen müssen, mit sich, dass die in der Fachliteratur niedergelegten Beschreibungen von Transportschiffen, die bei früheren Expeditionen gebraucht wurden und von den älteren Typen unter den noch im Dienst befindlichen Krankentransport- und Lazarethschiffen im Grunde nur noch geschichtliches Interesse für uns haben.

Wir finden, was die für die eigne Schlachtflotte bestimmten Lazarethschiffe anbetrifft, wohl in keiner Marine Schiffe, die etwa schon im Frieden für diesen Zweck dauernd eingerichtet oder vorbereitet sind. Ältere, noch seetüchtige, aber militärisch für den modernen Seekrieg nicht mehr geeignete Kriegsschiffe sind zwar gewiss noch als Lazarethschiffe sehr gut zu verwenden; man benutzt sie aber lieber im Frieden wie im Kriege zu andern Zwecken, denen sie dauernd dienen können, z. B. als Uebungsschiffe, Vermessungsfahrzeuge, Transportschiffe u. dgl. Alte nicht mehr seetüchtige Schiffe werden als Kasernen und stationäre, schwimmende Hospitäler verwandt. Als Lazarethschiffe schickt man im Kriege lieber schnelle, moderne Handelsschiffe der eigenen Flotte zu Hülfe. So sollen nach der Deutschen Marinesanitätsordnung im Kriege als Lazarethschiffe grosse moderne, zum überseeischen Transport eingerichtete Passagierdampfer mit hohen lichten Decks und mit voller Ausrüstung und Besatzung, fertig zum Auslaufen verwandt werden.

In der That sind diese schnellen Schiffe ganz besonders für diesen Zweck geeignet. Sie weisen von vornherein eine Menge von Einrichtungen auf, die ohne Weiteres für die Krankenpflege sehr willkommen sind, z. B. die prachtvollen, in sehr reichlicher Anzahl vorhandenen Baderäume für die Kajütpassagiere, Waschhäuser, grosse und gut eingerichtete Aborte, grosse Wassertanks, Wasserleitung durch das ganze Schiff, grosse Küchen und Vorrathsräume, Dampfheizung, elektrische Beleuchtung, elektrische Klingeln, grosse, bequeme Treppen u. s. w. Die hohen, hellen Decks können leicht und in sehr kurzer Zeit zu Krankensälen umgewandelt werden, die Kabinen dienen für kranke und verwundete Officiere, für die Aerzte und das Wartepersonal, als Apotheken u. s. w. u. s. w.

Der gewöhnliche Frachtdampfer eignet sich dagegen nicht zum Lazarethschiff. Seine grossen leeren Laderäume müssen erst vollständig ausgebaut und eingerichtet werden, was, abgesehen von den Kosten, viel zu lange Zeit erfordern würde. Die Frage, ob man hölzerne oder eiserne Schiffe vorziehen soll, erledigt sich dadurch von selbst, dass es moderne Passagierdampfer von Holz gar nicht mehr giebt. Die Forderung, dass ein als Lazarethschiff zu verwendender Dampfer keine Ladung an Gütern oder wenigstens nur solche führen darf, welche die Kranken nicht durch Geruch oder anderweitig belästigt, erscheint selbstverständlich; es ist aber dagegen früher viel bei überseeischen Expeditionen gesündigt worden.

Der dem Mann auf einem Lazarethschiff zu gewährende Raum soll bei uns möglichst 15 cbm betragen. Unsere grössten Auswandererschiffe können ca. 2000 Passagiere beherbergen. Der dabei gesetzlich

auf jede Person entfallende Kubikraum beträgt 2,85 cbm, also den fünften Theil von dem für einen Kranken auf einem Lazarethschiff nöthig erachteten Luftraum. Da nun für ein Lazarethschiff noch eine grosse Menge von Nebenräumen nöthig sind, die zum Theil in den Passagierdecks hergestellt werden müssen — Operationssaal, Geschäftsräume u. dgl. — so würden auch unsere grössten Passagierdampfer als Lazarethschiffe nicht viel mehr als 300 Verwundete beherbergen können. Ein mittlerer Passagierdampfer würde 80—100 Verwundete aufnehmen können. Um die Schlachtschiffe einer Flotte nach einem Kampf zu entlasten, würden unter Umständen zwei bis drei solcher kleineren oder ein grosses Lazarethschiff für 300 Verwundete erforderlich sein. Mehrere kleinere Lazarethschiffe sind aus Gründen, die auf der Hand liegen, einem einzigen grösseren vorzuziehen. Auf der anderen Seite würde es den Betrieb sehr erschweren, grosse Kosten und viel zu viel Personal erfordern, wenn man die Schiffe noch weitläufiger belegen wollte. Dann wäre unter Umständen ein kleines Geschwader von Lazarethschiffen einzurichten. Bei guter Ventilation genügen 15 cbm Luftraum auf den Kopf auch für Verwundete und Kranke. In vielen Räumen sind unsere modernen Passagierdampfer schon an und für sich ganz gut ventilirt. Wo sich Mängel zeigen, können leicht Oeffnungen eingeschnitten und Lüftungskanäle nach Deck gelegt werden. Wir finden jetzt schon auf vielen modernen Schiffen kleine, sehr practische, transportable Ventilationsflügelräder, die durch den elektrischen Strom betrieben werden können. Mit diesen Apparaten sollten unsere Lazarethschiffe überreichlich ausgerüstet werden, sie lassen sich, da die modernen Schiffe alle mit elektrischen Maschinen versehen sind, in allen möglichen Oeffnungen ohne weiteres anbringen und durch einen einzigen Handgriff in und ausser Betrieb setzen. Weitere hygienisch-technische Einzelheiten über die Ventilation der Schiffe können wir hier nicht erörtern, nur darauf wollen wir noch aufmerksam machen, dass die Krankenräume für die Tropen mit Punkahs — grosse, von der Decke herabhängende mit Leinwand überspannten Rahmen, die durch Maschinenkraft hin- und herbewegt werden — ausgerüstet sein müssen.

Auch wird event. auf die Zuleitung von künstlich durch Eismaschinen abgekühlter Luft, wie sie schon vielfach an Bord für Kühlräume zum Fleischtransport hergestellt wird, Bedacht zu nehmen sein. Auf einigen, modernen, grossen Schnelldampfern wird den Passagierkammern und Salons der ersten Kajüte im Sommer in der Fahrt zwischen England und Amerika jetzt schon regelmässig nach Bedarf gekühlte Luft zugeführt. Für die kühlere Jahreszeit lassen sich Dampfheizeinrichtungen überall anbringen. Als Lagerstelle würde bei uns die in unserer Marine bewährte und in dem Abschnitte über die Krankenfürsorge an Bord im Frieden beschriebene Schwingekoje verwendet werden. Mehr als zwei Decks sollen gemäss unserer Marinesanitätsordnung mit Verwundeten nicht belegt werden. Die grösseren und luftigeren Räumlichkeiten sollen für Schwerkranke und Schwerverwundete, die weniger günstig gelegenen

für Leichtverwundete und Genesende, die ja auch während des Tages an Deck sein können, bestimmt werden. Aeusserlich und innerlich Kranke sollen von einander getrennt, Infectionskranke isolirt an Oberdeck untergebracht werden. Auf dem Oberdeck sollen Segel zum Schutz gegen Sonne und Regen ausgespannt werden. Die Wohnungen der seemannischen Schiffsbesatzung sollen von den Krankenzimmern ganz und gar getrennt sein. Die Ausstattung der Lazaretschiffe mit Arzneien, Verbandmitteln, Inventar zur Kranken- und Verwundetenpflege u. s. w. wird der Einrichtung unserer Marinelazarethe an Land resp. der der Bordlazarethe auf unsern grossen, modernen Kriegsschiffen analog sein.

Der Transport der Verwundeten nach dem Lazaretschiff wird sich in der Regel so gestalten, dass die Verwundeten zunächst von Bord des eigenen Schiffes hinunter in Boote gebracht werden müssen, in denen sie nach dem Lazaretschiff von einem Dampfboot geschleppt werden, da sich auf hoher See die Schiffe nicht unmittelbar nebeneinander legen können, um die Verwundeten direct übernehmen zu können. Auf die Boote der Schlachtschiffe ist dabei nicht zu rechnen, da sie häufig vom feindlichen Feuer zerstört sein werden; die Transportboote müssen daher von dem Lazaretschiff mitgeführt werden, ebenso ein Dampfboot zum Schleppen der Transportboote. Die Transportboote müssen gross, breit und geräumig sein, damit möglichst viele Verwundete auf einmal bequem darin gelagert werden können, und nicht zu viel Zeit mit dem Hin- und Herfahren verloren geht. Am besten wird die Ueberführung der Verwundeten in diesen Transportbooten auf Krankentragen, wie sie an Bord für Landungen gebraucht werden und weiter unten noch beschrieben werden sollen, bewerkstelligt. Auf diese Tragen werden die Verwundeten an Bord des Schlachtschiffes, auf dem sie gefallen sind, gelagert, über Bord und in die Boote abgesetzt und mit den Tragen wieder auf das Lazaretschiff übergenommen. Die Krankentragen sind ebenfalls vom Lazaretschiff zu liefern. Das Lazaretschiff selbst muss mit grossen, in die Bordwand eingeschnittenen Ladepforten versehen sein, so gross, dass eine kleine Krankentrage bequem hindurch und an Bord möglichst ohne weiteren Verticaltransport bis zu den Lagerstätten in den Krankenzimmern getragen werden kann. Das Schiff muss so ausgerüstet sein, dass eine grössere Anzahl von Verwundeten in kurzer Zeit bequem übernommen werden kann. Das dazu nöthige Personal an Krankenträgern, sowie das gesammte übrige Sanitätspersonal muss allein zur Verfügung der Aerzte stehen und die Leitung des Krankendienstes, wie die dazu gehörigen Verwaltungsgeschäfte muss dem Chefarzt des Schiffes allein und selbstständig übertragen werden.

Im letzten Krieg der Vereinigten Staaten von Nordamerika mit Spanien wurde von der Regierung der Vereinigten Staaten ein Handelsdampfer von 114 m Länge, aus Stahl erbaut, angekauft und zum Lazaretschiff umgebaut. Es erhielt den Namen Solace. Man richtete an Bord einen grossen Operationssaal ein, der allen Ansprüchen der modernen Chirurgie und Antisepsis gemäss ausgestattet war, ferner einen

Dampfdesinfectionsapparat, Eismaschine, Wäscherei, Kühlkammern zum Conserviren von Lebensmitteln und auch einen Fahrstuhl zum Kranken-transport. Man konnte an Bord bequem 200 Verwundete unterbringen. Das Heilpersonal bestand aus vier Aerzten, acht Krankenwärtern und einem Leichendiener zum Einbalsamiren der Leichen. Das Schiff war in 16 Tagen zum Gebrauch fertig. Es war hauptsächlich zum schnellen Transport der Verwundeten nach dem Norden bestimmt, diente aber auch eine kurze Zeit als stationäres Hospitalschiff bei der Schlachtflotte. Es nahm im Ganzen 379 Kranke und Verwundete auf. An Bord kamen nur sechs Todesfälle vor. (Diese Angaben sind den Archives de médecine Navale 1899, No. 4 entnommen.)

Die freiwillige Krankenpflege in einem Seekriege wird sich nach der Uebereinstimmung aller Autoren im wesentlichen nur in den Kriegshäfen und an der heimischen Küste an Land bethätigen können. In See wird sie nichts zu suchen haben. Die Kosten für die Miethe eines grossen Dampfers, mit der Aussicht, für alle Beschädigungen desselben und event. auch für seinen Totalverlust, da die Lazarethschiffe sich nicht des Schutzes der Genfer Convention erfreuen, eintreten zu müssen, sind für die freiwillige, private Hülfe viel zu hoch. Höchstens käme in Frage, dass die sanitäre Ausrüstung eines im Uebrigen vom Staate zur Verfügung gestellten grossen Fahrzeuges von der freiwilligen Krankenpflege bestritten und dass das Sanitätspersonal durch sie gestellt wird oder dass kleinere Dampfer für kürzere Transporte und zu Specialzwecken aus den Mitteln der freiwilligen Krankenpflege ausgerüstet werden. Aus militärischen Gründen werden solche Schiffe nur ausnahmsweise dazu herangezogen werden können, um die Verwundeten von den Kriegsschiffen, die im Kampf gewesen sind, aus erster Hand zu übernehmen. Man wird diese Schiffe im Allgemeinen gar nicht erst in den Bereich des ganzen Operationsgebietes der kämpfenden Flotten zulassen. Es kann sich nur darum handeln, dass sie heimkehrende Kriegsschiffe oder überfüllte militärische Lazarethschiffe entlasten und den Transport der Verwundeten von der Rhede resp. den Flussmündungen stromaufwärts, z. B. von Cuxhaven oder Helgoland nach Hamburg und weiter ins Land hinein übernehmen. Auf solche gelegentliche Hülfe muss die Bethätigung der freiwilligen Krankenpflege in See beschränkt bleiben; eine systematische Mitwirkung beim Verwundetentransport und der ersten Hülfe in und unmittelbar nach einer Seeschlacht kann ihr aus militärischen Rücksichten nicht gewährt werden. Der Versuch, ein Lazarethschiff schon im Frieden für den Krieg fertig zu stellen und dauernd bereit zu halten, ist neuerdings von der Oesterreichischen Gesellschaft vom Rothen Kreuze unternommen worden. Das Schiff „Graf Falkenhayn“ hat Belegraum für 102 Verwundete (davon für acht Officiere), eine vollkommen gesonderte Infectionsabtheilung und zwei Badekabinen. Diese Zahl der Badekabinen erscheint sehr knapp bemessen. Zwei zerlegbare Flösse sind für die Ein- und Ausschiffung von Verwundeten an Bord, auch sind Vorrichtungen vorhanden, um die Verwundeten in lie-

gender Stellung überall hin befördern zu können. Das Schiff ist im Hafen von Triest verankert und steht unter der Aufsicht eines Seemannes von Beruf. Zur Erhaltung des Schiffes in Friedenszeiten sind ca. 85000 Mark bestimmt. Diese Ausgabe könnte gespart werden. Es würde genügt haben, das Material für die innere Ausstattung eines Handelsdampfers, damit er als Lazarethschiff benutzt werden kann, bereit zu halten. Angekauft ist ein solcher Dampfer bei Kriegsaussichten sehr schnell und die innen nöthigen Umbauten können in ganz kurzer Zeit vollendet sein. Dem Vernehmen nach hat die freiwillige Krankenpflege auch in Deutschland darauf Bedacht genommen, ihre Hülfe unserer Marine im Kriegsfall anzubieten, sich aber damit begnügt, dass sie sofort über bestimmte Handelsdampfer verfügen kann und alles bereit gestellt, um diese zu Lazarethzwecken umzubauen. Im letzten Spanisch-Amerikanischen Kriege hat eine Privatgesellschaft — Massachusetts Volunteer Aid association — einen Handelsdampfer zur Aufnahme von 124 Verwundeten ausgerüstet, der den Namen Bay State erhielt. Das Schiff war sehr gut ventilirt (ein elektrischer Ventilator auf vier Betten) und allen Anforderungen der modernen Chirurgie und Krankenpflege entsprechend ausgerüstet. Es transportirte 99 Kranke resp. Verwundete und hatte nur zwei Todesfälle an Bord. Die Erfahrungen der Amerikaner mit dem staatlichen Hospitalschiff Solace sowohl (s. o.), wie mit dem eben genannten, mit privaten Mitteln ausgerüsteten Bay State zeigen, dass die Sterblichkeit auf einem modernen, wohleingerichteten Hospitalschiff nicht grösser zu sein braucht, als in guten Landhospitälern.

Die Fürsorge für Verwundete und Kranke während kriegerischer, von Kriegsschiffen aus unternommenen Landungen muss so vorbereitet werden, dass sie ganz vom Lande unabhängig ist und allein mit Bordmitteln ausgeführt werden kann. Dabei kommt es nicht blos auf die erste Hülfe auf dem Schlachtfelde und dem Landungsplatze an, sondern es gilt — namentlich in unwirthlichen und uncivilisirten Gegenden — die Verwundeten auf jeden Fall sämmtlich und in kurzer Zeit wieder an Bord zurückzubringen. Das Sanitätsmaterial muss bei möglichster Vollständigkeit möglichst leicht und doch so solide und dauerhaft sein, dass es in den Landungsbooten bequem untergebracht, auf dem Marsche ins Land leicht transportirt und weder durch Nässe noch auf andere Weise leicht beschädigt werden kann. Im Gegensatz zu den Verhältnissen an Bord selbst während eines Kampfes ist bei Landungen auf die Unterstützung der Krankenträger durch die kämpfende Truppe nur ausnahmsweise zu rechnen, auch in den Gefechtspausen nicht, da die Truppen durch die Mitführung der militärischen Kampfhilfsmittel (Munition, Geschütze, Zelte, Kochgeschirr, Werkzeuge aller Art u. dgl.), die nicht mit Wagen und Besspannungen transportirt werden können, in Anspruch genommen sind.

Das Sanitätspersonal für Landungen besteht für jedes Schiff aus einem Arzt und den etatsmässigen Krankenträgern, von denen nur soviel an Bord zurückbleiben, als zur Bedienung einer Transportstation erforder-

derlich sind (2—4 Krankenträger). Der Arzt ist für die Landung mit Verbandtasche, Notizbuch und Trillerpfeife (zum Dirigiren der Krankenträger) ausgerüstet, abgesehen von seiner militärischen, feldmarschmässigen Adjustirung. Die Lazarethgehülfen (Sanitätsmaate) führen ebenfalls Notizbuch, Verbandtasche, ferner eine grössere Tasche mit Verbandmitteln und eine Labeflasche. Event. müssen sie auch einen Arznei- oder Verbandtornister tragen, in denen die Instrumente, Arzneien und Verbandmittel für den Verbandplatz untergebracht sind. Die Krankenträger sind mit einem starken Messer und von je viereiner mit Labeflasche und Verbandmitteln ausgerüstet. Die Mannschaften selbst werden auf Anordnung des Commandanten vor der Landung an Bord je mit einem Verbandpäckchen versehen. Diese Verbandpäckchen werden an Bord vorher angefertigt und enthalten zwei Compressen aus antiseptischem Mull, eine antiseptische Cambricbinde und eine Sicherheitsnadel. Als Umhüllung dient ein Stück wasserdichten Stoffes. Sie werden in der Vorrathstasche getragen.

Als Transportmittel werden Krankentragen mitgegeben, die zu ihrer Bedienung je vier Krankenträger erfordern. Diese Tragen bestehen je aus zwei langen Bambusstäben, die mit passenden Querbrettern zu einem Rahmen zusammengefügt, verschnürt und dann mit einer abgepassten Segeltuchleinwand fest überspannt werden. Auf die so zusammengesetzte Trage wird eine Kopfrolle aufgebunden und eine wollene Decke gelegt. Ueber den auf der Trage liegenden Verwundeten werden von beiden Seiten dreieckige Leinwandansätze geschlagen, die in der Mitte in der Bauchgegend zusammengebunden werden können. Die Träger bedienen sich beim Transport der Trage je eines Tragegurtes, der über die Schultern gelegt und an den Enden der Tragestäbe befestigt wird. Das Aufladen auf die Tragen und der ganze Transport geschieht in derselben Weise, mittelst derselben Handgriffe und Commandos wie in der Armee. Auseinandergenommen, werden Querbretter, Kopfrolle und Leinwandbezug einerseits, wollene Decke und Tragegurte andererseits je zu einem Bündel vereinigt, und die Tragestäbe neben einander festgebunden. So kann die Trage auf sehr kleinem Platz in dem Transportboot verstaut werden.

Zum Landen, sowie zur Rückbeförderung des Sanitätspersonales und Materiales werden die „Jollen“ genannten kleinen Ruderboote, von denen jedes Kriegsschiff eines oder mehrere mit sich führt, benutzt. Diese Boote führen als Sanitätsboote die Genfer Flagge. Wenn das Boot nicht durch ein Dampfboot geschleppt wird, müssen es die Krankenträger selbst durch Rudern fortbewegen, weil eine besondere Rudermannschaft das Boot zu sehr belasten würde. Auch der Arzt und die Lazarethgehülfen werden in diesem Boot befördert. An Material muss das Boot ausser den schon genannten Gegenständen (Krankentragen, Arznei- und Verbandtornister, Labeflaschen u. s. w.) auch die zur Ausrüstung des Verbandplatzes noch nöthigen Dinge, wie ein Wasserfass mit Zubehör, Waschschüsseln, Irrigatoren, Compressionsapparate, Labe-

mittel, Neutralitätsflagge und eine Menge anderer, kleinerer Ausrüstungsgegenstände aufnehmen. Je nach der voraussichtlichen Dauer und dem Zweck der Landung bestimmt der Commandant noch über die Mitnahme von Proviant, Kochgeschirr u. a. m.

Während der Fahrt nach dem Lande hält sich das Sanitätsboot in angemessener Entfernung und Ordnung hinter den Gefechtsbooten. Dann landet das Boot an der angewiesenen Stelle. Nun werden sofort die Krankentragen zusammengesetzt und mit den Ausrüstungsgegenständen für den Verbandplatz beladen.

Handelt es sich um eine Landung, die von mehreren Schiffen gemeinschaftlich ausgeführt wird, so treten jetzt die Sanitätsmannschaften aller Schiffe zu einer einzigen Abtheilung zusammen. Der älteste Arzt übernimmt das Kommando. Er theilt die gesammte Mannschaft in drei Theile. Ein Arzt mit mehreren Krankenträgern und Lazarethgehülfen bleibt am Landungsplatz zurück, um das Transportboot für den Rücktransport der Verwundeten herzurichten und die vom Verbandplatz zurückgeschickten Verwundeten einzuladen. Eine zweite Abtheilung marschirt mit Aerzten, Lazarethgehülfen und den wie in der Armee zu Patrouillen formirten Krankenträgern (je 12 Mann mit drei Krankentragen bilden eine Patrouille) der kämpfenden Truppe nach bis ins Gefecht. Die 3. Abtheilung folgt später mit dem leitenden Arzt und richtet hinter der Gefechtslinie an passender Stelle nach Anweisung des Arztes und im Einvernehmen mit dem Commandeur der Landungstruppen den Verbandplatz ein, wo den von der Transportabtheilung zurückgebrachten Verwundeten die erste Hülfe zu Theil werden soll. Der Verbandplatz soll durch die Genfer Flagge, bei Nacht durch eine rothe Laterne kenntlich gemacht werden, weniger zum Schutz vor feindlichen Angriffen, da namentlich in uncivilisirten Ländern das Neutralitätszeichen doch nicht verstanden und geachtet werden würde, als um den Verbandplatz für die eigene kämpfende Truppe und die Krankenträger zu kennzeichnen. Auf dem Verbandplatz soll man natürlich von allen Hilfsmitteln, die sich gerade vorfinden, Gebrauch machen (Gebäude, Tische, Stühle, Werkzeuge, Wasser, Zelte u. s. w.). Jeder Verwundete erhält, nachdem er verbunden ist, ein weisses oder rothes Täfelchen, auf welchem die Art der Verwundung, die Art der geleisteten Hülfe und der Grad der Transportfähigkeit vermerkt werden sollen, damit fernere, unnöthige, zeitraubende Untersuchungen vermieden werden. Weisse Täfelchen erhalten die Schwerverwundeten, rothe die Leichtverwundeten und solche schwer Verwundete, die ohne Schaden bis zur Ankunft an Bord umgelagert werden dürfen.

Das zum Rücktransport der Verwundeten bestimmte Boot soll geräumig und breit sein und muss von einem Dampfboot geschleppt werden. Mittelst Ruderstangen oder Brettern oder dergl. soll in dem Boot ein sicheres Deck hergerichtet werden, auf das die mit den Verwundeten beladenen Tragen niedergestellt werden; event. werden die Verwundeten dort auch auf Matratzen gelagert. Die Leute sollen quer

zur Längsaxe des Bootes, mit dem Kopf abwechselnd nach der Steuerbord- und Backbordseite niedergelegt werden, damit die Belastung des Bootes gleichmässig bleibt. Die leichter Verwundeten werden in dem vordersten und hintersten Theil des Schiffes untergebracht. Zum Einladen der Verwundeten in das Boot gehören acht Mann. Vier Mann übernehmen von den bisherigen Trägern die mit dem Verwundeten beladene Trage und bringen sie auf ihren Schultern, durch die Brandung watend, an das Boot. Dort wird die Trage von vier Mann an Bord in Empfang genommen und niedergestellt. Nur wo feste Landungsbrücken vorhanden sind, lässt sich mit weniger Personal ein sicherer Transport bewerkstelligen. An Küsten, an denen schwere Brandung steht, kann das Einladen der Verwundeten erhebliche Schwierigkeiten bereiten.

Aus dem Boot auf das Schiff werden die Verwundeten auf der Trage liegend übergenommen. Hierzu bedient man sich einer ähnlichen Combination von Stricken, die an ihren Enden mit Schleifen versehen sind, wie für den Transportstuhl an Bord (Heisstropp).

Während der ganzen Expedition wird das Sanitätspersonal und Material ganz unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu den einzelnen Schiffen verwendet. Erst nach der Beendigung des Verwundetentransportes trennen sich die Sanitätsmannschaften nach ihren Schiffen und kehren mit ihrem Material in ihren Booten an Bord zurück.

Die vorstehend gegebene Beschreibung passt nur für kurze Actionen, die sich in nicht zu grosser Entfernung vom Landungsplatz abspielen. Bei Unternehmungen im grösseren Maassstabe und von längerer Dauer, die weiter ins Innere des feindlichen Landes hineinführen, muss unter Beibehaltung der Grundzüge der Organisation das Sanitätspersonal und Material erheblich vermehrt und vervollständigt werden. Solche Expeditionen werden in der Regel auch in militärischer Hinsicht besonders ausgerüstet und sorgfältig vorbereitet. Für den Kranken- und Verwundetendienst kommt dabei die Bildung eines selbstständigen Sanitätsdetachements in Frage, das die Expeditionstruppe von der Sorge für die Verwundeten und Kranken ganz befreit, sich durch Gespanne, Wagen und andere Transportmittel, eingeborene Träger und sonstige Hilfsmannschaften vervollständigt, vorläufige Lazarethe im Rücken der kämpfenden Truppe errichtet u. s. w. Dabei kommt es so sehr auf die an Land zu erwartenden, klimatischen und culturellen Verhältnisse im einzelnen an, dass eine eingehende Beschreibung der etwa nöthigen Mehrausrüstung hier nicht gegeben werden kann. Für provisorische Lazarethe scheint sich die Döcker'sche transportable Baracke auch in den Tropen zu bewähren. Nur ist sie nicht sehr lange haltbar. Im übrigen kommen Bambushäuser, Zelte, aber ja nicht Wellblechbaracken, die in den Tropen unerträglich heiss werden, in Betracht. Von den Transportmitteln der Eingeborenen (Sänften, Wagen, Lastthieren u. dergl.), die meist für die localen Verhältnisse sehr practisch sind, sollte man so viel wie möglich Gebrauch machen; zu Hause am grünen Tisch ausgesonnene Modelle bewähren sich in der Regel nicht. Die Franzosen

haben damit in Madagaskar üble Erfahrungen gemacht. Wo es angeht, ist auf den Rücktransport der Verwundeten auf Flüssen bis an die Küste Bedacht zu nehmen. Event. müssen an der Küste schwimmende Hospitäler eingerichtet oder Kranke und Verwundete auf besonderen Transportschiffen in die Heimath befördert werden.

Practische Erfahrungen über die Verwundeten- und Krankenfürsorge bei solchen grösseren, überseeischen Unternehmungen hat die Deutsche Marine bisher erst bei der Occupation von Kiautschou gemacht. Unsere Marineärzte haben von jeher die Veranstaltungen der älteren Colonialvölker immer mit regem Interesse verfolgt, und wir dürfen überzeugt sein, dass man in unserer Marine auch bei solchen grösseren Expeditionen den für die Heimath geltenden Grundsätzen entsprechend Alles aufbietet, um für unsere Kranken und Verwundeten nach jeder Richtung, so gut als es überhaupt möglich ist, zu sorgen.

Anhang.

Auch die für den Krieg geltenden Vorschriften über die Fürsorge für Kranke und Verwundete in unserer Marine sind in der Marinesanitätsordnung sämtlich enthalten. Die auf den Dienst am Lande bezüglichen Bestimmungen finden sich im III. Theil, Abschnitt 26—30, §§ 289 bis 307 der Marinesanitätsordnung am Lande (M.-S.-O. a. L.), die für die Schiffe geltenden im Abschnitt 8, §§ 55—71 der Marinesanitätsordnung an Bord (M.-S.-O. a. B.).

Specielle Krankenversorgung.

2. Bei der Marine.

1. Anhang: In der Handelsmarine.

Von

Hafenarzt Dr. **Nocht** in Hamburg.

Oberstabsarzt I. Kl. der Seewehr II. Aufgebots.

Während die Fürsorge für Kranke auf Kriegsschiffen überall ausschliesslich und vollständig durch den Staat geregelt und, abgesehen von der Unterstützung durch die freiwillige Krankenpflege im Kriege, die auf dem Wasser nie eine grössere Bedeutung erlangen dürfte, auch allein durch staatliche Organe — Marinesanitäts-officiere (Aerzte) und unteres Sanitätspersonal — ausgeübt wird, haben wir es in der Kauffahrteimarine durchweg mit privater Krankenfürsorge zu thun. Die dazu dienlichen Veranstaltungen unterscheiden sich aber von der privaten, häuslichen, wie der durch Stiftungen, Gesellschaften oder in Anstalten organisirten Pflege auf dem Lande nicht bloss in ihrer äusseren Erscheinung, sondern auch in ihrem inneren, socialen Charakter. Auf dem Lande spielt dabei die confessionelle und weltliche Mildthätigkeit, sei es durch Geldbeiträge, sei es durch werkhätige Betheiligung, eine grosse Rolle. Durch die Krankenversicherungsgesetze, das Krankenkassenwesen, durch genossenschaftliche Bildungen und andere gemeinsame Veranstaltungen ist die Krankenversorgung auf dem Lande überall für die minder Wohlhabenden organisirt und in unausgesetzter Fortbildung begriffen. Für die Pflege kranker Seeleute und minder wohlhabender Passagiere an Bord der Handelsschiffe hat die allgemeine Wohlthätigkeit noch nichts gethan. Ausgenommen ist nur die Fürsorge wohlthätiger Gesellschaften für die kranken Hochseefischer in England und Frankreich, die einer besonderen Beachtung werth ist und am Schlusse dieser Darstellung besprochen werden soll. Sonst werden überall auf den Kauffahrteischiffen

die Mittel und Einrichtungen für die Krankenversorgung an Bord von jedem einzelnen Betriebsunternehmer (Rheder) allein für sich beschafft, und auch die Ausübung der Krankenfürsorge an Bord liegt allein in den Händen der vom Rheder damit betrauten Personen, der Schiffsärzte, Kapitäne oder Heilgehülfen. Der Kranke ist allein auf diese Fürsorge angewiesen und kann sich derselben, selbst wenn er damit nicht einverstanden ist, nicht entziehen. Der Staat beschränkt sich im Allgemeinen darauf, sehr bescheidene Mindestforderungen für das Personal, Ausrüstung des Schiffes und Einrichtungen zur Krankenpflege vorzuschreiben und die Erfüllung dieser Mindestansprüche zu überwachen.

Im Allgemeinen ist nicht blos im Binnenlande, sondern auch bei sehr vielen Rhedern und selbst bei Seeleuten die Ansicht verbreitet, dass weder die Häufigkeit noch die Art der Krankheiten an Bord unserer Kauffahrteischiffe erheblichere und kostspieligere Einrichtungen für die Kranken auf diesen Schiffen erforderlich erscheinen lassen. Allerdings fehlen mangels einer Organisation und allgemeinen Aufsicht über diese Verhältnisse noch in allen Ländern umfassendere Ermittlungen über die Morbidität und Sterblichkeit der Seeleute der Handelsschiffe. Von den Capitänen und Schiffsärzten werden nur die schwereren Krankheitsfälle in das Schiffstagebuch eingetragen, während auf den Kriegsschiffen jeder Mann, der auch nur einen Tag durch Krankheit dem Dienst entzogen war, in der Statistik mitzählt. Nach der Rückkehr in die Heimath wird in den meisten Häfen nur von den Todesfällen amtlich Notiz genommen. Selbst die krank zurückkehrenden und in die Krankenhäuser auf dem Lande übergeführten Seeleute gehen in vielen Häfen für die Statistik verloren. In Hamburg indessen sind die Capitäne aller ankommenden Schiffe seit einigen Jahren gehalten, alle Krankheitsfälle, die während der Reise vorgekommen waren, zu melden. Diese Angaben sind natürlich nicht immer ganz vollständig und zuverlässig, auch können sie nur selten durch die genaue Feststellung der Dauer der Erkrankung und auch nicht immer durch eine genaue Diagnose ergänzt werden.

Indessen konnte ich trotz dieser Unvollständigkeiten feststellen, dass in den letzten drei Jahren auf den im Hamburger Hafen angekommenen Schiffen von im Ganzen 430000 Mann Besatzung mindestens 15000 Seeleute während der Reise so schwer erkrankt waren, dass sie von den Capitänen oder Schiffsärzten der Erwähnung werth erachtet wurden. Im Hamburger Hafen selbst erkrankten von der Besatzung dieser Schiffe 6500 Personen. Es wurden jährlich allein über 1500 Seeleute in die Hamburger Staatskrankenhäuser ausgeschifft. Die Zahl der Personen, die auf den im Hamburger Hafen liegenden Schiffen eingeschifft sind, beträgt durchschnittlich 3000 Mann. Diese Bevölkerung wechselt aber fortwährend durch An- und Abmustern. Auch ist die Dauer der Reisen der Schiffe und die Dauer ihrer Anwesenheit im Hafen nicht in genügendem Umfange festgestellt, als dass man mit den obigen Zahlen Vergleiche mit der Morbidität auf dem Lande oder auf Kriegsschiffen

anstellen könnte. Von wichtigeren Erkrankungen kamen auf den im Hamburger Hafen verkehrenden Schiffen vor:

Während der Reise:

	1896	1897	1898
Cholera	1	2 (2)	—
Gelbfieber	48 (26)	6 (5)	2 (2)
Pocken	3	1	—
Diphtherie	1	1	1
Abdominaltyphus	10 (3)	3 (2)	7 (1)
Dysenterie	33 (5)	23 (4)	12 (1)
Schwindsucht	9 (3)	20 (2)	11 (3)
Malaria	961 (12)	807 (20)	684 (3)
Skorbut	17 (5)	20 (7)	12 (4)
Hitzschlag	83 (9)	54 (10)	27 (7)

Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Todesfälle.

Im Hamburger Hafen:

	1896	1897	1898
Pocken	2	—	2
Diphtherie	1	1	—
Malaria	169	184	233
Abdominaltyphus	37	24	23
Dysenterie!	14	14	7
Schwindsucht	50	47	42
Skorbut	2	1	2
Beri-Beri	11	9	13
Milzbrand	1	—	—

Die Sterblichkeit der Seeleute der Handelsmarine ist, auch wenn man die tödtlichen Unfälle ausser Acht lässt und nur die Todesfälle durch Krankheiten berücksichtigt, nach meinen Ermittlungen sicher etwas höher als die der gleichalterigen männlichen Bevölkerung auf dem Lande. Die Gesamtsterblichkeit der Seeleute der Handelsmarine (tödtliche Unfälle eingerechnet) betrug nach statistischen Ermittlungen im Reichsamt des Innern in den Jahren 1877—1887 21,8 pM., in der Englischen Handelsmarine für den gleichen Zeitraum 19,8, für die Jahre 1877—1894 17,4 pM. Im Hamburger Hafen betrug die Sterblichkeit auf den Schiffen 1894 17,4 pM., 1895 10,3 pM., 1896 14,1 pM., 1897 14,6 pM. Die niedrigere Sterblichkeitsziffer während des Aufenthaltes im Hafen wird dadurch bedingt, dass während dieser Zeit tödtliche Unfälle viel seltener sind, als auf der See. Dagegen erhöht sich unter Umständen für die Zeit im Hafen die Sterblichkeit an Krankheiten. Die Verluste durch Unfälle allein sind nach Feststellungen im Reichsamt des Innern, die mit denen der Seeberufsgenossenschaft übereinstimmen, auf ca. 10 pM. (6,2 pM. auf Dampfschiffen, 17,6 auf Segelschiffen in den Jahren 1888—1897) zu schätzen. Die Sterblichkeit an Krankheiten

allein ist nach meinen Ermittlungen, bei denen sowohl die Feststellungen der Seemannsämter, wie der hiesigen Krankenhäuser und die umfassenden Erhebungen der Berufsgenossenschaft, die für die Einrichtung einer Versorgung der Wittwen und Waisen aller, auch der an Krankheiten verstorbenen Seeleute erforderlich waren, berücksichtigt wurden, nicht bloß 10 pM., sondern sie übersteigt ganz sicher diese Zahl. Das Alter der Seeleute der Handelsmarine schwankt in den Grenzen von 15 bis 60 Jahren. Personen im Alter von 50—60 Jahren sind nur in geringer Anzahl vertreten. Das Durchschnittsalter der Seeleute beträgt nach den Ermittlungen der Seeberufsgenossenschaft 29 Jahre. Die Sterblichkeit der gleichalterigen, männlichen Bevölkerung auf dem Lande ist im Durchschnitt niedriger als 10 pM.

Die Hauptursachen der Sterblichkeit durch Krankheiten bilden im Auslande fremde Infectionskrankheiten, namentlich das gelbe Fieber und die Malaria. Ferner spielt der Hitzschlag als Sterblichkeitsursache, namentlich unter den Feuerleuten der Dampfer, eine grosse Rolle. In der Heimath entfällt der grösste Procentsatz der Sterblichkeit auf die Tuberculose. In den Bremer und Hamburger Krankenhäusern sind in den Jahren 1888—1895 38 pCt. aller dort gestorbenen Seeleute der Tuberculose erlegen.

Ueber die Erkrankungsverhältnisse unter den Passagieren auf den Handelsschiffen haben wir ebenfalls noch keine genaue und umfassende Statistik. Insbesondere interessiren die Zwischendeckspassagiere, von denen die meisten Auswanderer sind. Im Jahre 1898 sind mir von den Schiffsärzten auf den nach New-York abgegangenen Auswandererschiffen, die im Ganzen 100 Auswanderertransporte von Hamburg dorthin brachten, bei ihrer Rückkehr 561 innere Krankheitsfälle und 13 Todesfälle gemeldet worden, die unter den Passagieren während der Reise vorgekommen waren. Ueber äussere Erkrankungen und Verletzungen ist nur sehr summarisch berichtet worden. Die Anzahl der beförderten Reisenden betrug insgesamt 36 000, die durchschnittliche Reisedauer hin und zurück 39 Tage. Das ergibt eine jährliche Erkrankungshäufigkeit von 145 auf 1000 Reisende und eine jährliche Sterblichkeit von 3 pM. Da aber sehr viel mehr als die Hälfte aller Reisenden nur für die Hinreise nach Amerika in Betracht kommt, und die Dauer des Aufenthaltes der Schiffe im Hafen von New-York für die Zeit, auf welche die Erkrankungen der Reisenden bezogen werden müssen, nicht mitgezählt werden darf, so müssen die oben angeführten Promillezahlen mehr als verdoppelt werden, um dem wahren Verhältniss der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit der Zwischendeckspassagiere nahe zu kommen. Von den Infectionskrankheiten spielen dabei Masern, Scharlach und Diphtherie die Hauptrolle (Auswandererkinder); die Todesfälle unter den Erwachsenen sind meist durch chronische Leiden (Schwindsucht, Herzleiden u. dergl.) bedingt.

Man gewinnt aus allen diesen Zahlen, die zwar sehr lückenhaft sind, aber das Gemeinsame haben, dass sie hinter den wahren Durch-

schnittszahlen mehr oder weniger zurückbleiben, sicher nicht den Eindruck, dass die Gesundheitsverhältnisse auf den Handelsschiffen keine besonderen Veranstaltungen für die Krankenfürsorge an Bord nöthig machen. Ebenso wenig ist es richtig, dass die Seeleute, wie man oft hören kann, vorzugsweise von acut verlaufenden Krankheiten befallen werden, die entweder bald, auch ohne besondere Pflege und Behandlung überwunden werden oder trotz der besten Fürsorge in kurzer Zeit zum Tode führen. Das kräftige Mannesalter und die von Haus aus widerstandsfähige Constitution der meisten Seeleute überwinden gewiss viele Schädigungen der Gesundheit leichter, auch ohne angemessene Behandlung, als dies Kinder, Frauen und Greise vermögen. Auf der anderen Seite sind aber gerade die Seeleute der Handelsmarinen ganz besonderen Strapazen, Entbehrungen und anderen schädlichen Einflüssen (Durchnässungen, Alkohol, Tabak, Ueberanstrengung) ausgesetzt, die ihre Widerstandsfähigkeit schwächen. Von den tropischen Infectionskrankheiten verlaufen nur verhältnissmässig wenige Fälle ganz acut. Malaria, Beri-Beri, Dysenterie, unter Umständen auch das gelbe Fieber bringen vielfach ein langes Krankenlager an Bord mit sich, ebenso die in der Handelsmarine noch immer nicht seltenen Skorbutfälle, die Herz- und Lungenleiden und die rheumatischen Erkrankungen. Wer Seeleute in den Krankenhäusern der grossen Hafencstädte zu behandeln hat, erlebt es ziemlich häufig, dass ihm Kranke von Schiffen gebracht werden, bei denen das Grundleiden nur noch eine untergeordnete Rolle spielt, die aber durch unzweckmässige, oft gänzlich mangelnde Pflege und Behandlung aufs äusserste heruntergebracht und bei unzureichender und unzweckmässiger Ernährung oft halb verhungert sind. Diese Kranken erholen sich in den Krankenhäusern in der Regel durch die bessere Pflege allein wunderbar schnell, während ihnen der baldige Tod gewiss war, wenn sie noch länger an Bord geblieben wären.

Während in anderen Seehandel treibenden Staaten schon seit verhältnissmässig langer Zeit, z. B. in Frankreich schon seit 1819 Vorschriften über die Mitnahme von Arzneien und Verbandmitteln auf den Reisen der Kauffahrteischiffe vorhanden sind, dauerte es in Deutschland bis zum Jahre 1888, ehe solche Bestimmungen vorgeschrieben wurden. Vor dem Erlass der Deutschen Seemanns-Ordnung im Jahre 1872 enthielten die Seemanns-Ordnungen der einzelnen Deutschen Seeuferstaaten nur die Zusicherung für den auf der Reise erkrankten Seemann, dass er auf Schiffskosten verpflegt und geheilt werden würde. Wie dafür zu sorgen sei, darüber fehlte jede Vorschrift. Nur in der alten Hamburger Seemanns-Ordnung war noch ganz allgemein bestimmt, dass der Capitain sich vor Antritt der Reise mit einer für die Zahl der Mannschaften genügenden Menge Medicin zu versehen habe. Die nach der Gründung des deutschen Reiches erlassene allgemeine Deutsche Seemanns-Ordnung gab zwar den einzelnen Deutschen Seeuferstaaten ausdrücklich das Recht, nähere Bestimmungen über die Krankenfürsorge auf den Kauffahrteischiffen zu treffen. Man machte aber vorläufig von diesem Recht nirgends

Gebrauch. Die meisten Schiffe führten zwar eine Medicinkiste mit sich. Die Zusammenstellung derselben war aber ganz und gar der Privatindustrie der Apotheker, die dabei nicht einmal alle ärztlichen Beirath einholten, überlassen. Mindestens in jedem Hafen gab es ein anderes Muster von dieser Ausstattung. Dazu kamen ebensoviele, verschiedene, theils von Aerzten, z. Th. auch von Apothekern verfasste, populäre Rathgeber für die Capitaine. Viele dieser Bücher enthielten zweckmässige, manche aber auch sehr sonderbare Rathschläge. Im Jahre 1888 traten gemeinsame Vorschriften für die Ausrüstung mit Hilfsmitteln zur Krankenpflege, die im Kaiserlichen Gesundheitsamt gearbeitet waren, für alle Deutschen Schiffe in Geltung. Zugleich erschien eine amtliche „Anleitung für die Gesundheitspflege an Bord der Kauffahrteischiffe“, in der neben den wichtigsten Grundregeln der Schiffshygiene auch die Grundzüge der Krankenbehandlung und Pflege für die Schiffscapitaine mit Bezugnahme auf die vorgeschriebene Ausrüstung erläutert waren. Diese „Anleitung“ ist 1899 in zweiter, umgearbeiteter Auflage erschienen.

Eine besondere Stellung nahmen von Anfang an die Auswandererschiffe ein. Ihrer Ausrüstung mit Hilfsmitteln zur Krankenpflege widmeten die Bremer und Hamburger Regierungen schon 1868 eingehende Verordnungen. Die Mitnahme eines Schiffsarztes wurde den Hamburger Auswandererschiffen aber erst durch das Hamburger Auswanderergesetz von 1887 vorgeschrieben. Aehnlich war die Entwicklung in Bremen.

Mit dem 1. April 1899 sind nun neue, eingehende Bestimmungen, die von allen Deutschen Seeuferstaaten übereinstimmend erlassen sind, für die Ausrüstung unserer Kauffahrteischiffe mit Hüfsmitteln zur Krankenpflege in Kraft getreten.

Die Schiffe werden danach in drei Kategorien unterschieden:

1. Hochseefischereifahrzeuge, Eisbrecher, Fahrzeuge gewerbetreibender Lootsen und solche anderer Seeschiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der „kleinen Fahrt“, d. h. die Ostsee, die Nordsee bis zum 61. Breitengrad oder den englischen Kanal — nicht überschreiten und mehr als 2 Mann Besatzung haben.

Diese Fahrzeuge müssen eine sehr einfache, nur auf die erste Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen berechnete Ausrüstung mit sich führen.

2. Schiffe, welche die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten und keinen Arzt an Bord haben.

Für diese Schiffe ist eine Ausrüstung mit Arzneien, Verbandmitteln, einfachen chirurgischen Instrumenten und andern Hüfsmitteln vorgeschrieben, die nicht blos für die erste Hülfe, sondern auch für die weitere Behandlung und Pflege von Kranken und Verletzten, soweit Laien dazu befähigt erscheinen, genügen soll.

3. Schiffe, welche einen Schiffsarzt führen. Diese Schiffe sollen mit einer ziemlich reichlich bemessenen Auswahl von Arzneien, den nöthigen ärztlichen Instrumenten (Verbandtasche, Amputationsbesteck, geburtshülf-

liche Tasche) und anderweiten Hilfsmitteln zur Krankenpflege in ausreichender Menge und Auswahl versehen sein. Sie sollen ferner mit einem genügend geschützten, thunlichst isolirten Krankenraum ausgestattet werden.

Alle Schiffe, welche auf der Reise die räumlichen Grenzen der kleinen Fahrt überschreiten sollen und mehr als 50 Reisende oder insgesamt mehr als 100 Personen an Bord haben oder voraussichtlich erhalten werden, müssen einen zur unentgeltlichen Behandlung der eingeschifften Personen verpflichteten, in Deutschland approbirten Arzt an Bord nehmen. Die gleiche Pflicht besteht für Reisen im Verkehr mit Häfen des Afrikanischen Festlands zwischen den Wendekreisen bereits dann, wenn mehr als 25 Reisende oder insgesamt mehr als 40 Personen an Bord sind oder voraussichtlich an Bord gelangen werden. Auf Schiffe, welche sich innerhalb der Ostasiatischen Gewässer mit der Beförderung von Eingeborenen beschäftigen, findet diese Vorschrift nur dann Anwendung, wenn auf ihnen die Zahl der übrigen Reisenden mehr als 50 oder die Zahl dieser Reisenden mit derjenigen der Mannschaft Europäischer Herkunft zusammen mehr als 50 beträgt.

Neben diesen Vorschriften haben die Auswandererschiffe noch eine Reihe schärferer Bestimmungen zu erfüllen. Als Auswandererschiffe gelten im Sinne des Deutschen Gesetzes über das Auswanderungswesen vom 9. Juni 1897 (§ 37) alle nach Ausereuropäischen Häfen bestimmten Seeschiffe, mit denen, abgesehen von den Kajütspassagieren mindestens 25 Reisende befördert werden sollen. Diese Schiffe müssen sämmtlich ausser einen Arzt an Bord mindestens einen zur Krankenpflege geeigneten, seefesten Mann mitnehmen, der zu anderen Arbeiten nur soweit verwendet werden darf, als dies mit der ihm obliegenden Krankenpflege vereinbar ist. Bei einer erheblichen Anzahl von Passagieren kann die Mitnahme von mehreren Krankenpflegern, den Umständen nach auch von Krankenpflegerinnen von der Auswanderungsbehörde verlangt werden. Die Auswandererschiffe müssen mindestens 2 Krankenzimmer haben, deren innere Einrichtung genau vorgeschrieben ist. Die Ausrüstung mit Arzneien und anderen Hilfsmitteln zur Krankenpflege entspricht der für Schiffe mit Aerzten an Bord überhaupt vorgeschriebenen. Falls aber mehr als 100 Personen an Bord sind, muss die Menge der Arzneien verdoppelt, bei mehr als 500 Personen an Bord verdreifacht werden.

In England erhielt das Handelsamt (board of trade) im Jahre 1869 die Befugniß und den Auftrag (Merchant Shipping Act) Vorschriften für die Krankenfürsorge zu erlassen, von Zeit zu Zeit den Bedürfnissen entsprechend abzuändern und Bücher für die Anleitung der Schiffscapitaine auf diesem Gebiet herauszugeben resp. zu empfehlen. Die vorschriftsmässige Englische Medicinkiste ist der Deutschen in Auswahl und Menge der Arzneien ziemlich ähnlich. Von Anleitungsbüchern, die von Aerzten verfasst sind, wurden mehrere vom Handelsamt sanctionirt. Auch die Bestimmungen über die Mitnahme von Aerzten auf die Reise sind den Deutschen ähnlich.

Jedes Schiff, das auf seiner Reise die Grenzen überschreitet, die von den Britischen Küstenplätzen einerseits, von dem zwischen der Elbe und dem Französischen Hafen Brest belegenen Theil der Festlandsküste andererseits gebildet werden, muss, sofern es mehr als 100 Personen an Bord hat, einen Schiffsarzt mitnehmen. Auch für Schiffe, welche in ihren Reisen sich innerhalb der oben angeführten Grenzen halten, ist die Mitnahme eines Arztes dann vorgeschrieben, wenn sie mehr als 300 Personen oder mehr als 50 Zwischendeckspassagiere an Bord haben. Der Arzt muss in England approbirt sein.

In Frankreich unterscheidet man, wie in Deutschland, 3 Arten von Schiffen, nämlich Hochseefischereifahrzeuge, für die je nach der Gegend (Neufundland, Island, Nordsee), in der sie fischen und nach ihrer Grösse, eine verschiedene Ausrüstung vorgeschrieben ist, ferner Kauffahrteischiffe in grosser Fahrt, aber ohne Arzt, die eine sehr viel reichlichere Ausrüstung als in allen anderen Ländern, Deutschland eingeschlossen, an Bord haben müssen und endlich Schiffe, die einen Schiffsarzt mitführen müssen. Zu den letzteren Kategorien gehören alle Dampfer, welche die Post befördern oder mehr als 100 Passagiere bei einer voraussichtlichen Reisedauer von mehr als 48 Stunden eingeschifft haben. Die Schiffsärzte auf Französischen Schiffen müssen Franzosen und in Frankreich approbirt sein. Sie führen den Titel „médecin sanitaire maritime“.

In Italien müssen alle Schiffe, die ihre Fahrten über Gibraltar, Port Said oder Constantinopel hinaus ausdehnen und mehr als 150 Personen, einschliesslich der Mannschaften an Bord haben, einen Arzt, bei mehr als 1000 Personen an Bord 2 Aerzte führen. Mindestens ein Schiffsarzt an Bord muss Italienischer Nationalität sein.

Die Holländischen Schiffe sollen einen Arzt auf die Reise mitnehmen, wenn sie Auswanderer nach einem Hafen bringen, der östlich vom Kap der guten Hoffnung oder westlich vom Kap Horn gelegen ist.

Die Kauffahrteischiffe in grosser Fahrt, die ohne Arzt an Bord fahren, bilden die grosse Mehrzahl der eigentlichen Seeschiffe. Zur Deutschen Handelsflotte gehören etwa 1000 solche Schiffe mit ungefähr 30000 Personen Besatzung. Es entbehren mehr als drei Viertel aller Deutschen Seeleute, wenn sie auf der Reise an Bord erkranken, der ärztlichen Hilfe. Die Sorge für die Kranken liegt auf diesen Schiffen dem Capitain ob. Man muss anerkennen, dass das Verständniss für diese verantwortungsvolle Aufgabe bei einzelnen Capitainen in ausreichendem Maasse vorhanden ist, und dass manche ihre Kranken mit Umsicht und Sorgfalt behandeln und pflegen. Sehr viel zahlreicher aber sind die Fälle, in denen die Schiffsführer sich um ihre Kranken gar nicht kümmern oder ihnen durch falsche Behandlung schaden. Nur auf den kleinen Segelschiffen wird es übrigens dem Capitain einfallen und zuzumuthen sein, die nöthigen Hülfeleistungen bei der Krankenpflege selber auszuführen. Er hat im Allgemeinen weder genügend Zeit dazu, noch entspricht es seiner Stellung an Bord. Es genügt auch, wenn er den Kranken nur selbst untersucht und regelmässig beobachtet, um selbst ein Urtheil über den Zustand des-

selben zu gewinnen und wenn er die wichtigeren Verbände selbst anlegt. Ferner muss er die Arzneien selbst aus der Medicinkiste herausgeben. Im übrigen ist gewöhnlich die Ausführung der Anordnungen des Capitains dem Steward oder einem Kameraden des Erkrankten überlassen.

In einigen Deutschen Navigationsschulen wird schon seit 40, in Hamburg seit 30 Jahren Unterricht in der Gesundheitspflege, der Hülfeleistung bei Unglücksfällen, und der Krankenbehandlung an Bord ertheilt. Neuerdings ist dieser Unterricht auf allen Navigationsschulen eingeführt und einheitlich geordnet worden. Auf den Schulen und in den Klassen, die nur Schiffer für kleine Fahrt ausbilden, begnügt man sich mit dem Unterricht in der sogenannten Samariterkunde; in den Klassen aber, in denen die Schüler für den Nachweis der Befähigung zur grossen Fahrt vorbereitet werden, müssen die Ziele des Unterrichts weiter gehen. Der Umfang und Inhalt des Lehrstoffs ist nicht leicht zu begrenzen und findet in dem Unterricht, wie er auf dem Lande für Laien ertheilt wird, kein entsprechendes Vorbild. Ausser den Kenntnissen für die erste Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen soll der zukünftige Schiffscapitain auch die weitere Behandlung und Pflege kennen lernen; für die Untersuchung und Diagnose der inneren Krankheiten müssen ihm einfache Symptomencomplexe vorgeführt und eingeprägt werden und er muss die Wirkung und Anwendung der ihm später an Bord zur Verfügung stehenden Heilmittel kennen. Er muss vor allem auch lernen, dass die Pflege der Kranken — im engeren Sinne — wichtiger ist als medicamentöse Behandlung und muss die gewöhnliche Neigung der Laien überwinden, von der Anwendung drastischer Arzneien allein das Heil zu erwarten. Dem Unterricht wird jetzt auf allen Schulen die amtliche „Anleitung zur Gesundheitspflege an Bord von Kauffahrteischiffen“ zu Grunde gelegt. Dies Buch nimmt in seiner neuen Ausgabe auf die Verhältnisse an Bord der modernen Dampfer und Segelschiffe besonders Rücksicht. Am Schlusse des Unterrichts können sich die Schüler einer Prüfung unterziehen. Diejenigen, welche genügende Kenntnisse in der Gesundheits- und Krankenpflege aufweisen, erhalten hierüber ein Zeugnis. Die Seerberufsgenossenschaft geht damit um, vorzuschreiben, dass in Zukunft wenigstens ein Officier an Bord jedes Schiffes in grosser Fahrt eingeschiffert sein muss, der diese Prüfung mit Erfolg bestanden hat. Auch die Maschinistenschüler erhalten jetzt ärztlichen Unterricht, sie sollen besonders die Hygiene der Heizer, die Wirkung hoher Temperaturen auf den Menschen, die Gefahren, Erkennung und Behandlung des Hitzschlages kennen lernen.

Die Arzneien in der Medicinkiste, welche den Deutschen Schiffen in grosser Fahrt, aber ohne Arzt vorgeschrieben ist, sind nach ihrer Wirkung übersichtlich in Abführmittel (Kalomelpulver, Bittersalz, Ricinusöl), Stopfmittel und schmerzlindernde Mittel (Opiumtropfen, Dover'sches Pulver, Morphiumpulver, Wismuthpulver), Hustenmittel (Morphium und Salmiak), Mittel bei Magen- und Verdauungsbeschwerden (Doppeltkohlen-saures Natron, Salzsäure, Rhabarbertropfen), Brechmittel (Ipecacuanha), erregende Mittel

(Hoffmannstropfen, Kamphertropfen) und Fiebermittel (Chinin, salicylsaures Natron) eingetheilt. Ferner enthält die Ausrüstung Jodkalium und eine Anzahl äusserlich anzuwendender Arzneien. Auf jedem Standgefäss steht die Gebrauchsanweisung und die Seitenzahl der „Anleitung“, in welcher das Mittel, das die Flasche enthält, besprochen wird. Die Anleitung enthält ferner Angaben über die Zusammenstellung einzelner einfacher Recepte. Sehr ausführlich ist die Besprechung der Verbandtechnik, Blutstillung und sonstiger chirurgischer Hülfeleistung. Die ganze Ausrüstung soll mindestens einmal im Jahre von der örtlichen Medicinalbehörde auf Vollständigkeit und Güte der Arzneien, die den Anforderungen des Deutschen Arzneibuches entsprechen und thunlichst aus einer Deutschen Apotheke bezogen werden müssen, geprüft werden. Zur besseren Beköstigung von Kranken muss Bier, condensirte Milch, Fleischpepton, Sago, Hafergrütze und Wein mitgenommen werden. Die Ernährung Schwerkranker an Bord der Schiffe ohne Arzt lässt sehr viel zu wünschen übrig. Die Capitaine haben im Allgemeinen für diese Aufgabe gar kein Verständniss und kein Interesse. Wenn der Kranke das, was ihm geboten wird, nicht mag, bekommt er gar nichts. Viele Kranke kommen halb verhungert im Hafen an und auf der Reise gehen zumeist Manche nur in Folge mangelhafter Ernährung zu Grunde. Fast ebenso übel sieht es mit der Unterkunft für die Kranken an Bord aus. Zwar werden die gefährlichen Infectionskranken jetzt fast überall, wenn ihr Leiden erkannt ist (Pocken, Cholera, Gelbfieber) isolirt. Hierfür, wie für die Nothwendigkeit von Desinfectionen, ist fast überall Verständniss, selbst Uebereifer vorhanden. Anders steht es aber mit den Fällen, in denen lediglich das Wohl des Kranken es erfordert, dass er aus dem gemeinschaftlichen, engen, überfüllten, dunklen, nassen, und schlecht gelüfteten Wohnraum (Logis) entfernt wird und eine bequeme, ruhigere und luftigere Lagerstätte erhält. Auf den meisten Schiffen könnte ganz gut eine leere Kabine für diesen Zweck immer frei gehalten werden; in warmen Gegenden lässt sich ein Krankenraum an Deck aus Segelleinwand improvisiren. Mitunter werden die Kranken auch in die an Deck stehenden Boote gelagert. Im Allgemeinen lassen diese Verhältnisse aber überall noch sehr viel zu wünschen übrig.

Die Erfolge der Krankenpflege auf den Schiffen ohne Arzt sind natürlich sehr mangelhaft, sowohl was die Heilung, wie die Dauer des Leidens und der Reconvalescenz, wie die Erleichterung der Beschwerden während der Krankheit selbst betrifft. Wohl nirgends im Binnenlande bekommt man so viele schwere Fälle vernachlässigter Verletzungen (schiefgeheilte Knochenbrüche, Verkürzungen, Anchylosen und dergl.) und vernachlässigter, äusserer Leiden (Fussgeschwüre, Phlegmonen, Panaritien, Geschlechtsleiden u. s. w.) zu Gesicht, wie unter den Kranken, die in den grossen Hafenstädten von den zurückkehrenden Schiffen in die Landhospitäler ausgeschifft werden. Dasselbe gilt von inneren Leiden besonders Malaria, Skorbut, Darmleiden, Schwindsucht. Es dürfte in den Culturstaaten, namentlich in unserem Vaterlande mit seinem so umfassend

organisirten Arbeiterkrankenpflegewesen nicht leicht eine Berufsklasse geben, die bei Erkrankungen und Verletzungen so übel daran wäre, als die Patienten an Bord der gewöhnlichen Handelsschiffe, die keinen Arzt an Bord haben.

Glücklicherweise geht die Entwicklung der Kauffahrteischiffahrt in der Weise vor sich, dass die für den überseeischen Verkehr und längere Reisen bestimmten Schiffe immer grösser gebaut werden und dementsprechend auch eine immer grössere Besatzung erhalten. Damit nimmt auch die Zahl der Schiffe, die einen Schiffsarzt an Bord haben müssen, in ziemlich schnellem Tempo zu. Die kleineren Schiffe verschwinden aus der überseeischen Fahrt mehr und mehr, sie werden immer mehr im Verkehr zwischen benachbarten Küstenplätzen verwandt. Die Zahl der Schiffe ohne Arzt wird daher langsam geringer und die Dauer ihrer Reise immer kürzer werden. Ganz aber werden die Schiffe, die lange Reisen ohne Arzt machen müssen, noch in sehr langer Zeit nicht verschwunden sein. Eine weitere Besserung in der Fürsorge für die Kranken an Bord dieser Schiffe ist noch davon zu erwarten, dass die Häfen, in denen ärztliche Hülfe vorhanden ist, immer zahlreicher und leichter zu erreichen sein werden.

Für die Ausschiffung von kranken Seeleuten in Landkrankenhäuser trifft die Deutsche Seemannsordnung durch die Bestimmung Vorsorge, dass der Rheder die Kosten der Heilung und Verpflegung eines erkrankten Seemannes im Inlande drei Monate, im Auslande 6 Monate lang zu tragen hat. Im Allgemeinen wird diese Bestimmung so ausgelegt, dass die Kranken in geeigneten Fällen von den Schiffen dort, wo Gelegenheit dazu vorhanden ist, in die Hospitäler an Land gebracht werden. Dies geschieht fast regelmässig in den Häfen der Heimath, aber auch im Ausland in der Regel in den Häfen, in denen gute Hospitäler vorhanden sind. Es ist aber nirgends ausgesprochen, dass die Capitaine und Rheder verpflichtet sind, ihre Schiffskranken dort, wo es möglich und geboten erscheint, der ärztlichen Hülfe an Land in Hospitälern zu überweisen. Thatsächlich kommt es doch, wenn auch nur in seltenen Fällen, vor, dass pflichtvergessene Capitaine sogar in einem Hafen wie Hamburg ihre Kranken nicht untersuchen und ausschiffen lassen wollen. Schon um diese Vorkommnisse zu verhüten, ist eine sanitätspolizeiliche Aufsicht in allen Häfen über die dort liegenden Schiffe nöthig. Im Hamburg bildet die Untersuchung und Ueberweisung kranker Seeleute von den Schiffen in die Landkrankenhäuser einen wichtigen Theil der Aufgaben des Hafenarztes, der die Thätigkeit der im hafenärztlichen Dienst beschäftigten Aerzte mehr und regelmässiger in Anspruch nimmt, als die Maassnahmen zur Verhütung der Einschleppung und Verbreitung von Infectionskrankheiten. Jedes ankommende Schiff wird von einem beamteten Arzt oder Gesundheitsaufseher besucht, ebenso in angemessenen Zeitabschnitten die im Hafen liegenden Schiffe. Bettlägerige und besonders fiebernde Kranke dürfen im Hafen nicht an Bord bleiben. Bei dem Lärm der Lösch- und Lade-

arbeiten an Bord können die Kranken nicht einmal ordentlich untersucht werden, sie haben weder Tag noch Nachts genügende Ruhe, die Luken müssen geschlossen gehalten werden, die Luft ist voll Kohlenstaub und von der Ladung herrührendem Staub. Eine regelmässige ärztliche Behandlung durch Aerzte, die von Land an Bord kommen, wird durch die weiten Entfernungen und Transportschwierigkeiten ausserordentlich kostspielig, und man beschränkt sich deshalb meist auf vereinzelt Consultationen. Es dauert sehr lange bis die verordneten Arzneien an Bord sind, und auch die Pflege der Erkrankten lässt sehr viel zu wünschen übrig, weil alle entbehrlichen Mannschaften beurlaubt oder entlassen sind.

Dass ein Kapitän eines Kranken wegen auf der Reise seine vorgeschriebene Route ändert und einen Hafen anläuft, um ärztliche Hülfe herbeizuschaffen und den Kranken event. auszuschiffen, kommt kaum vor und würde kaum vom Rheder gern gesehen werden; nur wenn ein grosser Theil der Mannschaft krank, und der Schiffsbetrieb dadurch gestört wäre, wird der Kapitän ein solches Vorgehen wagen. Gesetzliche Vorschriften in dieser Richtung bestehen noch nirgends; die Verhältnisse, in denen eine Abweichung vom Reiseplan im Interesse eines Kranken geboten erscheint, lassen sich für den Schiffskapitän sehr schwer durch Vorschriften darlegen und können auch ohne ärztlichen Beirath kaum von ihm allein beurtheilt werden.

Syphilis und Geschlechtskrankheiten sind bei Seeleuten mindestens ebenso häufig wie unter den gleichalterigen Männern an Land. In Hamburg bilden die Seeleute den vierten Theil aller in die Abtheilung für Syphilis und Geschlechtskrankheiten des alten allgemeinen Krankenhauses aufgenommenen Patienten. Es handelt sich dabei sehr häufig um schwere resp. durch Vernachlässigung verschlimmerte Infectionen. Zudem steht die in den Tropen erworbene Syphilis ja allgemein — mit wie viel Recht soll hier nicht untersucht werden — in dem Ruf besonders schweren Verlaufes. Geschlechtskranke Seeleute haben vorläufig noch keinen Anspruch auf Bezahlung der Curkosten durch den Rheder. Diese veraltete Ausnahmebestimmung hat für die Seeleute noch weniger Berechtigung als für die Mitglieder der Krankenkassen auf dem Lande, wo sie von allen Aerzten und Einsichtigen für schädlich und ungerechtfertigt erklärt wird und auch thatsächlich bei vielen Krankenkassen ausser Kraft gesetzt ist.

Bei dem engen Zusammenleben an Bord bilden geschlechtskranke Seeleute für die übrigen Schiffsinsassen eine directe Gefahr. Es sind auch gerade auf Schiffen Fälle von Uebertragung der Syphilis durch die Benutzung gemeinsamer Wasch- und Trinkgefässe, Rasirmesser u. dergl. nicht selten beobachtet worden. Unter den von R. Hahn im hiesigen alten Krankenhause beobachteten syphilitisch erkrankten Seeleuten befanden sich sieben Schiffsköche und acht Stewards, darunter mehrere mit Lippenschankern. Im Einvernehmen mit der Polizeibehörde ist seit mehreren Jahren in Hamburg Vorsorge dafür getroffen, dass alle geschlechtskranken Seeleute, die bei den gesundheitspolizeilichen Unter-

suchungen an Bord vorgefunden werden, auf Kosten der Polizeibehörde ins Krankenhaus geschickt werden. Später werden die Curkosten von den Kranken allerdings wieder eingezogen. Zugleich werden die Namen der Kranken dem Seemannsamt gemeldet, damit sie nicht eher angemustert werden, als bis sie geheilt sind. Diese Einrichtung hat sich sehr gut bewährt und die kranken Seeleute sind damit im Allgemeinen sehr einverstanden. Die meisten melden sich jetzt freiwillig, um ins Krankenhaus überführt zu werden.

Noch vor 30 Jahren galt es selbst bei den Aerzten, die die Verhältnisse kannten, als ganz ausgeschlossen, dass jemals alle Auswandererschiffe mit Schiffsärzten versehen sein könnten. Als die Segelschiffahrt gegenüber den Dampfschiffen noch die Hauptrolle spielte, hatten nur einige, grosse, luxuriös eingerichtete Ostindienfahrer Aerzte an Bord. Diese Schnelfahrer dienten aber nicht der Beförderung von Auswanderern, sondern nahmen nur einzelne Kaufleute, Pflanzer oder andere wohlhabende Reisende mit. Auf den älteren Auswandererschiffen traf man häufig Schiffsärzte, die ihr Examen nicht vollendet oder sonst in ihrer Laufbahn Schiffbruch erlitten hatten. Die Schiffsärzte waren im Ganzen damals und z. Th. noch heute mehr als bequeme Reisegefährten, denn als ärztliche Berater geschätzt.

Jetzt dürfen in den meisten Handelsflotten nur approbirte Aerzte des eigenen Landes als Schiffsärzte angeworben werden (s. o.). Wir haben jetzt in Deutschland ungefähr 200 Schiffsärzte, in England über 400 Schiffsärzte. Ihre Anzahl hat sich in Deutschland in den letzten 10 Jahren mehr als verdoppelt. Einzelne Dampfschiffslinien nehmen auch freiwillig Aerzte mit, ohne durch gesetzliche Bestimmungen dazu genöthigt zu sein, theils des Wettbewerbs mit fremden Linien wegen, weil die Passagiere Schiffe mit Aerzten an Bord vorziehen, theils auch, weil es unter Umständen billiger ist, die eigene Schiffsmannschaft an Bord zu behandeln, als die Kranken in fremden Häfen zurücklassen und die Kosten der Rückbeförderung tragen zu müssen. Wir haben jetzt sehr viele Dampfer mit 50—100 Personen Betriebspersonal; die grössten Dampfer erfordern bis zu 500 Personen Besatzung. Die Thätigkeit der Schiffsärzte wird auf diesen Schiffen fast ebenso stark durch die Behandlung Kranker, namentlich verletzter Mannschaften, wie durch Passagiere in Anspruch genommen.

Ueber die Verwendbarkeit eines Arztes als Schiffsarzt entscheidet bei uns die örtliche Medicinalbehörde (in Hamburg der Hafendarzt). Besondere Vorkenntnisse sind nicht vorgeschrieben. Die Bewerber haben sich bei der Medicinalbehörde persönlich vorzustellen und ihre Papiere mitzubringen.

In Italien und Frankreich muss für die Zulassung als Schiffsarzt eine besondere Prüfung abgelegt werden. Wer diese bestanden hat, kommt auf eine Aspirantenliste und die Rheder können sich daraus die ihnen zusagenden Aerzte auswählen. Die Schiffsärzte gelten in beiden Ländern als beamtete Aerzte der Regierung, erhalten eine amt-

liche Instruction und haben genaue Reiseberichte nach der Rückkehr einzureichen. Die Berechtigung, als Schiffsarzt zu fahren, kann den Aerzten wieder genommen werden. Auch die Aerzte auf den Englischen, von Ostindien ausgehenden Pilgerschiffen haben einen amtlichen Charakter.

Die Frage einer besonderen Vorbildung der Schiffsärzte und einer unabhängigeren Stellung derselben den Rhedern und Kapitänen gegenüber, ist auch bei uns vielfach öffentlich und amtlich erwogen worden. Die meisten Schiffsärzte sind jetzt junge Mediciner, die eben von der Universität kommen und von den ihnen obliegenden Pflichten noch keine Vorstellung haben. In der That wäre es dringend wünschenswerth, wenn jeder, der als Schiffsarzt fahren will, gewisse, besondere Vorkenntnisse hätte. Er müsste eine genügende Kenntniss vom Bau und der allgemeinen Einrichtung der Schiffe besitzen, er müsste ferner die hygienischen Verhältnisse, unter denen die Schiffsmannschaft arbeitet und lebt, und die krankhaften Zustände, die sich bei diesen Leuten auf den modernen Dampfern erfahrungsmässig besonders häufig einstellen, beurtheilen können, namentlich die Zeichen der Ueberanstrengung und des beginnenden Hitzschlages bei Heizern und Kohlentrimmern. Er müsste die körperliche Brauchbarkeit der anzumusternden Mannschaften für den Dienst, zu dem sie bestimmt sind, beurtheilen können. Bei der Ausrüstung des Schiffes mit Proviant, Trinkwasser u. s. w. wird der Schiffsarzt zwar vorläufig nirgends hinzugezogen, er müsste aber im Stande sein, namentlich im Auslande während der Reise, auch hierüber Rathschläge zu ertheilen. Er sollte ferner im Stande sein, vor der Abreise seine eigene Ausrüstung mit Arzneien und Hilfsmitteln zur Krankenpflege eingehend auf Vollständigkeit und Güte zu prüfen und Vorschläge zur event. Ergänzung zu machen. Ferner sollten ihm die Deutschen Vorschriften über die der Seuchenabwehr dienenden gesundheitspolizeilichen Controlmaassregeln an Bord der Seeschiffe, die Quarantänevorschriften in den wichtigsten fremden Häfen, und die Desinfectionsanweisungen bekannt sein. Er muss wissen, welche Desinfectionsmittel ihm an Bord zur Verfügung stehen und wie eine einwandfreie Schiffsdesinfection auszuführen ist. Endlich müsste jeder Schiffsarzt einige Kenntnisse über die Prophylaxe, Diagnose und Behandlung der wichtigsten exotischen Krankheiten (Tropenmalaria, Dysenterie, Beri-Beri, gelbes Fieber u. s. w.) und auch über einige bei uns selten gewordene Infectionskrankheiten, die auf Schiffen noch häufiger vorkommen (z. B. Pocken) besitzen. Auch müssten ihm die gesetzlichen Vorschriften über die Unterkunft der Reisenden, und über die an Bord zu erfüllenden, hygienischen Anforderungen genau bekannt sein.

Alle diese Kenntnisse lassen sich zur Noth in einer grossen Hafenstadt bei sachverständiger Anleitung in wenigen Wochen erwerben. Es gehört aber tägliche unmittelbare Anschauung und ununterbrochene Fühlung mit dem Schifffahrtsgetriebe dazu. Die Ausbildung der Schiffsärzte darf daher nicht in einer beliebigen Universität oder in einem besonderen, im Binnenlande belegenen Institute, sondern nur in einer

Hafenstadt erfolgen. Hier ist auch zum Studium tropischer Infectionskrankheiten, wie sie bei Seeleuten vorkommen, die beste Gelegenheit gegeben. Es ist gegründete Aussicht vorhanden, dass sehr bald Vorbereitungscurse für Schiffsärzte im Hamburger Seemannskrankenhaus und dem damit verbundenen Institut für Schiffs- und Tropenhygiene organisirt werden. Ob der Besuch dieser Curse freiwillig ein sehr grosser sein wird, oder durch besondere Maassnahmen wird gesichert werden müssen, bleibt abzuwarten. Man müsste für letzteren Fall von jedem Arzt, der an Bord als Schiffsarzt fahren will, den Nachweis der besonderen, oben aufgeführten Kenntnisse verlangen.

Im Interesse der Kranken an Bord liegt es durchaus nicht, dass die Schiffsärzte, wie meist jetzt, nur eine oder zwei Reisen machen, es ist vielmehr dringend erwünscht, dass sie mindestens 1—2 Jahre zur See fahren und für eine so lange Thätigkeit kann eine besondere, Vorbereitung sehr wohl verlangt werden. Gerade die jüngeren Schiffsärzte klagen am meisten über ihre Stellung an Bord und den Mangel an Autorität dem Kapitän gegenüber. Je besser vorgebildet die Aerzte an Bord kommen und je grössere, eigene Erfahrung sie auf ihren Reisen erwerben, desto grösser wird auch das Vertrauen des Kapitäns zu seinem ärztlichen Berather werden. Mit der Verleihung eines amtlichen Charakters allein ist dabei wenig geholfen. So ist es auch eine viel zu weit gehende Forderung, dass die Schiffsärzte Reichsbeamte sein sollten. Der Kapitän muss, wie das ja auch in der Kriegsmarine der Fall ist, an Bord der Vorgesetzte auch des Arztes sein und bleiben. Mit demselben Recht wie für die Schiffsärzte könnte man auch für die Stellen der Kapitäne und Maschinisten die Besetzung mit Reichsbeamten fordern. Die neuerdings vorgeschriebene, schriftliche (Tagebuch) und mündliche Berichterstattung der Schiffsärzte an die örtliche Medicinalbehörde (in Hamburg der Hafendarzt) dürfte in den meisten Fällen genügen, um einem gewandten und umsichtigen Schiffsarzt den Rückhalt gegenüber dem Kapitän zu geben, der nöthig ist, um billige Ansprüche für die Schiffshygiene und Krankenfürsorge an Bord während der Reise durchzusetzen. Durch diese Einrichtung wird es auch möglich werden, die wissenschaftlichen Einzelerfahrungen der Schiffsärzte, die bisher fast alle für die allgemeine Kenntniss verloren gingen, zu sammeln, das zufällige von dem bleibenden zu sondern und für die Verbesserung der Hygiene und Krankenfürsorge an Bord zu verwerthen. Endlich ist es auf diese Weise möglich, sich über die Tüchtigkeit und Umsicht der Schiffsärzte selbst ein Urtheil zu bilden.

Durch die persönliche Vorstellung vor der Abfahrt wird die Gelegenheit geboten, in Form zwangloser Unterhaltung dem jungen Schiffsarzt sowohl allgemeine, wie die für den besonderen Fall nöthigen Rathschläge zu geben, die Erfahrungen seiner Vorgänger auf früheren Reisen ihm mitzutheilen, seine Aufmerksamkeit auf besondere Verhältnisse oder frühere Missstände an Bord hinzulenken, zu wissenschaftlichen Beobachtungen anzuregen u. s. w.

Rechtlich gehören jetzt die Aerzte zur Schiffsmannschaft und werden, wie die übrige Besatzung auf den Seemannsämtern angemustert. Sie sind der allgemeinen Schiffsdisciplin unterworfen und erhalten, ausser den amtlichen Vorschriften in der Regel eine besondere Dienstanweisung von ihrer Rhederei, welche der örtlichen Medicinalbehörde zur Kenntniss gegeben wird. Sie sind zur unentgeltlichen Behandlung der eingeschifften Personen verpflichtet. Bei manchen Rhedereien ist es indessen üblich, dass die Schiffsärzte für die Behandlung solcher Kajütspassagiere, die krank an Bord kommen und die Behandlung des Schiffsarztes wegen alter Leiden in Anspruch nehmen, Bezahlung fordern. Das Gehalt der Schiffsärzte schwankt auf Deutschen Schiffen zwischen 100—150 Mark neben freier Station.

In der ärztlichen Behandlung der Kranken an Bord sind die Schiffsärzte natürlich ganz selbstständig. Nicht selten kommt es vor, dass der als Lazareth bestimmte Raum zu anderen Zwecken in Anspruch genommen wird, so dass der Arzt nicht weiss, wo er seine Kranken passend unterbringen soll. Solche Gesetzwidrigkeiten sollten in jedem Falle gemeldet und bestraft werden. Ein Uebelstand, der durch gesetzliche Bestimmungen abgestellt werden sollte, liegt darin, dass die Mannschaften, welche sich krank melden, nicht immer sofort und ohne weiteres dem Arzte vorgeführt werden. Namentlich sind die Maschinisten geneigt, die Klagen der Feuerleute über schlechtes Befinden zunächst zu übersehen oder eigene Mittel dagegen zu ergreifen. Hier entscheidet also schliesslich nicht der Arzt, sondern der Maschinist darüber, ob ein Mann krank ist oder nicht. Der Arzt übernimmt nur die Behandlung der ihm zugewiesenen Kranken.

Die neuen Bestimmungen über die Ausrüstung der Schiffsärzte mit Arzneien und Hülfsmitteln zur Krankenpflege dürften allen billigen Ansprüchen genügen. Bei der Auswahl der Arzneien sind die erfahrungsmässig oft gebrauchten und haltbareren Mittel besonders berücksichtigt. Durch die amtlichen Nachprüfungen, die unter Zuziehung pharmaceutischer Sachverständiger mindestens einmal im Jahre vorgenommen werden müssen, werden weitere Erfahrungen hierüber gesammelt, die bei späteren Revisionen der Bestimmungen benutzt werden können. Die Dispensirung der Arzneien ist dadurch möglichst erleichtert, dass alle trocknen Mittel mit Ausnahme sehr weniger, wie Bittersalz, Thee — in signirte Einzeldosen abgetheilt sind. Die Flüssigkeiten werden abgemessen. Die Signirung und Aufbewahrung der Arzneien soll den Vorschriften des Arzneibuches für das Deutsche Reich entsprechen. Die Arzneien sollen „thunlichst“ aus einer Deutschen Apotheke bezogen werden. Dies ist natürlich in der Heimath in allen Fällen erforderlich.

Etwas weniger reichlich ist die Ausrüstung mit Verbandmitteln bemessen. Bei sparsamem Verbrauch und wenn keine grösseren Verletzungen vorkommen, ist allerdings auch auf längeren Reisen damit auszukommen. Von antiseptisch präparirten Verbandstoffen wird nur Salicylwatte mitgegeben.

An Instrumenten stehen dem Arzt eine wohl ausgestattete Verbandtasche, ein Amputationsbesteck, Zahnzangen, geburtshülfliche Instrumente, sowie die zur Krankenuntersuchung erforderlichen Instrumente: Maximalthermometer, Stethoskop, Reflectoren, ferner Spritzen zur subcutanen Injection, Chloroformirungsapparat, Esmarch'scher Schlauch, Inductionsapparat u. a. m. zur Verfügung. Eigene Instrumente braucht kein Schiffsarzt mitzubringen. Ausrüstungen zur mikroskopischen Untersuchung finden sich vorläufig auf keinem Handelsdampfer. Die Fortschritte in der Kenntniss der Tropenkrankheiten, namentlich der Malaria, lassen immer deutlicher erkennen, dass zur richtigen Diagnose sowohl, wie ganz besonders auch zur Behandlung dieser Kranken die mikroskopische Untersuchung der Auswurf- und Krankheitsstoffe unumgänglich nothwendig ist, besonders gilt dies für die tägliche Controle des Blutes der Malariakranken. Wenn wir erst Schiffsärzte haben, die sich für diese Verhältnisse mehr interessiren und infolge einer besonderen Vorbildung mit den einschlägigen, mikroskopischen Untersuchungsmethoden Bescheid wissen, kann es nicht ausbleiben, dass die nöthigen Schritte gethan werden, um die Rhedereien zu veranlassen, solchen Aerzten auf ihre Reisen in die Tropen auch eine entsprechende mikroskopische und bakteriologische Ausrüstung mitzugeben.

Die örtliche Medicinalbehörde ist befugt, erforderlichenfalls eine Vermehrung der Ausrüstung nach Art und Menge anzuordnen.

Die ganze Ausrüstung wird in der Regel in der sogenannten Schiffsapotheke untergebracht. Vorgeschrieben ist, dass die Arzneien und anderen Hilfsmittel zur Krankenpflege in einer (Medicin-) Kiste oder in einem besonders eingerichteten, wohlverwahrten Raume (Schiffsapotheke) trocken aufzubewahren und unter Verschluss zu halten sind. Auf den älteren Schiffen befinden sich diese Schiffsapotheken fast durchweg in den Kabinen der Schiffsärzte. Diesem Gebrauch ist die Hamburg-Amerika-Linie auch auf ihren neuesten Schiffen treu geblieben. Auf vielen neueren Schiffen anderer Linien finden sich aber besondere Schiffsapotheken, was natürlich sowohl für den Arzt, wie für die Aufbewahrung der Arzneien von grossem Vortheil ist.

In Bezug auf die Unterkunft von Kranken ist auf den Schiffen, die einen Schiffsarzt führen, ganz allgemein bestimmt, dass sie mit einem genügend geschützten, thunlichst isolirten Krankenraum ausgestattet werden sollen. Die Ansprüche, welche an die Lage, Grösse, Ausstattung und innere Einrichtung zu stellen sind, sind nur bei den Auswandererschiffen im einzelnen genauer bestimmt. Nach den Vorschriften über Auswandererschiffe vom 14. März 1898 sollen sich auf jedem Schiff mindestens zwei abgesonderte Krankenräume befinden, der eine für die männlichen, der andere für die weiblichen Auswanderer. Die Krankenräume müssen auf je einhundert Personen 10 cbm Luftraum enthalten. Sie dürfen bei Berechnung des den Reisenden nach §§ 7, 15 zu gewährenden Raumes nicht mit berücksichtigt und nur so stark belegt werden, dass für jede darin befindliche Person mindestens 5 cbm Luft-

raum vorhanden sind. Falls bei zahlreichen Erkrankungen die Krankenzimmer nicht ausreichen, muss der Schiffsführer für weiteren abgesonderten Raum sorgen.

Die Krankenzimmer müssen möglichst günstig gelegen, mit besonders guten Erleuchtungs-, Lüftungs- und Heizungseinrichtungen, sowie mit einer Thür versehen sein, welche so breit ist, dass ein Kranker hineingetragen werden kann. In der Nähe der Krankenzimmer müssen sich eine besondere Badeeinrichtung für die Kranken und zwei Abtritte befinden. Die Wände der Krankenzimmer sind mit Oelanstrich zu versehen, der Fussboden ist durch einen Oelanstrich oder auf andere Weise wasserdicht zu machen.

Die Zimmer sollen enthalten: auf je einhundert Personen mindestens zwei Kojen mit Matratzen, Kopfkissen, Decken und zweimal Bettwäsche, ferner die nöthige Anzahl von Krankenzügen, einen zu Operationen geeigneten Tisch, eine Wascheinrichtung für den Arzt und, falls keine Badeeinrichtung in unmittelbarer Nähe vorhanden, eine Badewanne, ferner Wasserbehälter mit genügendem Wasser. Die Kojen müssen mindestens an einer vollen Längsseite einen freien Raum von mindestens 1 Meter Breite haben. Sie dürfen mit Ausnahme der Vorsätze nicht von Holz sein. Die oberen Kojen müssen, soweit sie an der Wand angebracht sind, zum Aufklappen eingerichtet sein. An jeder Koje muss ein Behälter für die Aufnahme von Trinkgefässen und Arzneigläsern, sowie einer für Spei- und Uringläser vorhanden sein.

Diese Bestimmungen bedeuten gegen die früheren Verhältnisse an Bord unserer Auswandererschiffe einen sehr wesentlichen Fortschritt. Wenn auch der auf den einzelnen Kranken entfallende Luftraum nur den dritten Theil von dem, der auf unseren Kriegsschiffen auf jeden bettlägerigen Kranken kommt, beträgt, so ist er doch jetzt mehr als doppelt so gross, als früher vorgeschrieben. Ueber die gesetzlichen Mindestanforderungen in Bezug auf den den Zwischendeckspassagieren zu gewährenden Raum geht, auch wenn es sich um Kranke handelt, aus freien Stücken kein Rheder hinaus. Merkwürdigerweise war der Luftraum für Kranke nach den älteren Gesetzen geringer bemessen als für Gesunde. Auch die innere Einrichtung der Lazarethe ist besser geworden. Hier sind aber noch weitere Verbesserungen angängig und erwünscht. So dürfen und werden überall noch zwei Krankenzimmer übereinandergestellt. Die obere Koje soll allerdings zum Aufklappen eingerichtet sein. Sehr wichtig ist die Bestimmung, dass die Krankenzimmer an einer Seite ganz frei zugänglich sein soll. Erst dadurch ist eine Untersuchung der darin liegenden Kranken ermöglicht, die bei der früheren Anordnung der Kojen sehr erschwert war. Am meisten zu wünschen lässt noch die Lüftung und die Lage des Lazarethes übrig. Besondere Ventilationsmaschinen, die bei jedem Wetter eine genügende Lüftung sichern oder Ventilationsfenster, die auch bei stärkerem Seegang offen bleiben können, finden sich vorerst noch sehr selten in den Krankenzimmern auf den meisten Auswandererschiffen. Auf vielen mo-

dernen Schiffen sind die Lazarethe in die hintersten Schiffsräume verlegt. Dort sind die Kranken zwar von dem Personenverkehr an Bord sehr gut isolirt, aber sehr unruhig untergebracht. Unter den Krankenzimmern drehen sich die Schiffsschrauben Tag und Nacht, die das ganze Schiff, besonders aber die unmittelbar darüber liegenden Räume erschüttern. Ueber den Krankenzimmern befindet sich die Steuervorrichtung, deren gewaltige Ketten und Räder in fortwährendem, dabei ganz unregelmässigem Rollen begriffen sind. Mir sind Fälle bekannt, in denen der Schiffsarzt mit der Zustimmung seines Kapitäns von der Verlegung Schwerkranker in solche Schiffslazarethe von vornherein Abstand nahm und lieber leere Kabinen als Krankenzimmer benutzte.

Besondere Vorräthe für die Beköstigung der Kranken werden auf den Schiffen, die einen Arzt an Bord haben, im Allgemeinen nicht mitgeführt. Die von dem Arzt den Kranken verordnete, besondere Beköstigung wird aus den Vorräthen für die Kajütpassagiere entnommen. Die Verpflegung für die Passagiere ist auf den meisten Deutschen Schiffen sehr gut und reich an Abwechslung. Die modernen, grossen Dampfer sind sämmtlich mit grossen Kühlräumen ausgestattet, in denen Fleisch, Gemüse, Früchte und Getränke aufbewahrt und monatelang frisch erhalten werden. Diese Vorräthe stehen nach den neuen Auswanderervorschriften jetzt auch dem Arzt zur besseren Verpflegung der Kranken zur Verfügung.

Die neuen Deutschen Vorschriften über die Fürsorge für Kranke an Bord unserer Kauffahrteischiffe werden vorläufig von vielen Rhedern und auch vielen Kapitänen als unnöthige Belastung und unbequeme Beaufsichtigung durch den Staat empfunden und beklagt. Auch für dieses Gebiet wendet sich die Rhederei gegen jede staatliche Bevormundung und Aufsicht. Man weist auf die grossen Schwierigkeiten hin, die sich der Nachahmung der auf dem Lande gültigen Anforderungen für die Krankenfürsorge an Bord der Handelsschiffe entgegenstellen und bestreiten, dass die thatsächlichen Bedürfnisse so grosse Aufwendungen und eine so eingreifende Aufsicht des Staates nöthig machen. In den vorausgegangenen Erörterungen aber glaube ich genügend bewiesen zu haben, dass weder die Erkrankungsverhältnisse an Bord unserer Kauffahrteischiffe so günstig sind, dass sie kein besonderes Interesse beanspruchen, noch dass die bisherigen Leistungen in der Krankenfürsorge an Bord dieser Schiffe so muster-gültig waren, dass sie keiner weiteren Entwicklung und Verbesserung bedürften. Was auf diesem Gebiete geleistet werden kann, ohne dass der übrige Schiffsbetrieb dadurch beeinträchtigt wird, zeigt uns die Kriegsmarine. Von diesen Zuständen ist die Krankenversorgung in der Handelsmarine noch weit entfernt. Die Mittel, welche zur Einführung der neuen Anforderungen an Bord nöthig sind, fallen gegenüber den allgemeinen Betriebskosten der modernen Schiffe gar nicht ins Gewicht. Dasselbe würde von weiteren, der Zukunft vorbehaltenen Verbesserungen gelten. Auf dem Lande wetteifern Gemeinden, Gesellschaften und Private mit dem Staat, um auch dem Aermsten, wenn er

erkrankt, eine angemessene Behandlung und Pflege zu sichern; in den Kauffahrteimarinen fehlt vorläufig noch dieser Wetteifer und der Staat hat die Pflicht, den kranken Seeleuten und Reisenden durch gesetzliche Vorschriften zu helfen und die Ausführung seiner Anordnungen zu überwachen. Dass diese Ueberwachung nicht unnötig ist, zeigen die Erfahrungen, die in der kurzen Zeit seit dem Inkrafttreten der neuen Verordnungen gewonnen sind. Es handelt sich bei der Handelsmarine nicht blos um einige wenige, ganz grosse Rhedereien mit grossen Mitteln, denen für die Passagierbeförderung an einen guten Ruf auch bezüglich der Krankenfürsorge gelegen ist, sondern auch um viel kleinere Schiffahrtsunternehmungen und einzelne Rheder und Schiffe, die für die Krankenfürsorge ohne staatlichen Zwang kaum die kärglichsten Mittel aufwenden würden. Sollte einmal, wie es mir nach der Uebernahme der Versorgung der Hinterbliebenen der verstorbenen und zwar auch der an Krankheiten verstorbenen Seeleute durch die Seeberufsgenossenschaft nicht unwahrscheinlich erscheint, die Seeberufsgenossenschaft die ganze Krankenfürsorge für die Handelsschiffe übernehmen, so wird es im eigenen Interesse dieser Gesellschaft liegen, noch grössere Aufwendungen für diese humanitäre Aufgabe zu machen.

Es bleibt nun noch übrig, die Verhältnisse an Bord der auf S. 403 genannten, ersten Kategorie von Schiffen, den Küstenfahrzeugen und den Seeschiffen in kleiner Fahrt kurz zu besprechen. Wir haben in Deutschland ungefähr 2600 Fahrzeuge dieser Art mit ungefähr 10500 Mann Besatzung. Diese Schiffe dienen theils dem Güter- und Marktverkehr längs der Deutschen Küste und zwischen Deutschen und den in unmittelbarer Nachbarschaft belegenen fremden Häfen, theils liegen sie dem Fischfang ob. Die seit dem 1. April d. J. für diese Schiffe vorgeschriebene Ausrüstung mit Hilfsmitteln zur Krankenpflege (früher fehlte überhaupt jede Vorschrift hierüber) ist nur für die nothdürftigste, erste Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen berechnet. Von innerlich anzuwendenden Mitteln führen die Medicinkisten dieser Fahrzeuge nur Ricinusöl, opiumhaltige Choleratropfen und Hoffmannstropfen; von äusserlichen Arzneien: Bleiessig, Senfspiritus, Salmiakgeist, 2 proc. Carbolsäure, Borsalbe, Brandliniment, ferner Heftpflaster, einige Binden, Schienen, Verbandwatte und Mull. Als Anleitung zur Anwendung dieser Hilfsmittel dient die auch auf diesen Schiffen mitzuführende, allgemeine „Anleitung für die Gesundheitspflege auf Kauffahrteischiffen“. Auch die Schiffer in kleiner Fahrt müssen die Befähigung für ihren Beruf durch eine besondere Prüfung nachweisen. In den für die Vorbereitung darauf eingerichteten Unterrichtskursen erhalten die Schüler auch Unterricht in der ersten Hülfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen unter Zugrundelegung des officiellen Anleitungsbuches. Eine Prüfung am Schlusse dieses Unterrichtes ist nicht vorgeschrieben. Die Küstenschiffer sind meist ohne jeden Unterricht in der Samariterkunde geblieben.

Die Reisen der Frachtschiffe in der Küsten- und in der kleinen Fahrt dauern meist nur wenige Tage. Für diese Schiffe genügt daher im Allgemeinen die jetzt vorgeschriebene Ausrüstung. Wünschenswerth

wäre, dass in allen Küstenorten Samariterunterricht erteilt würde, damit möglichst alle Küstenschiffer zur ersten Hülfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen einigermassen geeignet wären.

Mit einigen Dampfern in kleiner Fahrt werden auch Auswanderer befördert. Diese Auswanderer gehen von den Deutschen Häfen zunächst nach England oder Belgien, Holland, um dort die Transatlantische Reise in grösseren Auswandererschiffen fremder Flagge anzutreten. Diesen Passagierdienst nach Englischen, Belgischen oder Holländischen Zwischenhäfen bezeichnet man als indirecte Auswandererbeförderung. Die dieser indirecten Beförderung dienenden Schiffe müssen nach den Vorschriften des Auswanderergesetzes eine besondere, ziemlich reichhaltige Ausrüstung mit Arzneien etc. mit sich führen. Ein Arzt braucht nicht eingeschifft zu sein, dagegen sollen zwei geeignete Kammern als Lazarethe vorbehalten werden.

Eine besondere Stellung nehmen die Hochseefischereifahrzeuge ein, während die Anforderungen in der Krankenfürsorge auf den Fahrzeugen, die der Küstenfischerei dienen, nicht weiter zu gehen brauchen, als sie für die übrigen Küstenfahrzeuge gestellt werden müssen. Wir haben in Deutschland ungefähr 4000 Hochseefischer, die ausserhalb der Küsten, auf der See und zwar fast ausschliesslich in der Nordsee ihrem Erwerbe nachgehen. Sie sind auf 500—600 Fahrzeuge vertheilt, davon sind ungefähr 120 Fischdampfer mit einer Besatzung von je 10—11 Mann. Die Hochseefischereifahrzeuge bleiben oft 14 Tage und länger in See, ehe sie wieder einen Hafen anlaufen. Namentlich gilt dies von den Fischdampfern und den Heringsloggern, d. h. von grösseren Segelfahrzeugen, welche die sogenannte grosse Heringsfischerei betreiben. Sie sind für einen mehrwöchentlichen Aufenthalt in See ausgerüstet. Die gefangenen Heringe werden schon während der Reise an Bord selbst zubereitet, gesalzen und in Fässer verpackt. Die Zahl der Deutschen Heringslogger ist jetzt auf ungefähr 80 angewachsen. Zur durchschnittlichen Besatzung eines Heringsloggers gehören 15 Mann. Seit dem 1. April 1896 sind die Besatzungen der Fischdampfer und Heringslogger wie die übrigen Seeleute gesetzlich gegen Unfälle versichert, ihre Fahrzeuge sind bei der Seeberufsgenossenschaft eingetragen. Wir besitzen daher für die letzten Jahre auch eine genaue Statistik über die Unfälle an Bord dieser Fahrzeuge, während wir über die Krankheitsverhältnisse noch keine allgemeine Uebersicht haben. Im Jahre 1896 wurden bei der Seeberufsgenossenschaft 39 Unfälle, im Jahre 1897 43 Unfälle auf je 1000 Mann Besatzung dieser Schiffe angezeigt. Die Zahl der gemeldeten Unfälle auf den übrigen Kauffahrteischiffen betrug 1896 50,9 pM., 1897 49,24 pM. Entschädigt wurden auf den Hochseefischereifahrzeugen 1896 4,65, 1897 6,2 Unfälle auf 1000 Mann Besatzung gegenüber 6,3 pM. resp. 6,5 pM. auf den übrigen Kauffahrteischiffen. Die Sterblichkeit an Unglücksfällen betrug 1896 auf den Hochseefischereifahrzeugen 4,2 pM., 1897 2,17 pM. gegenüber einer Sterblichkeit von 11,8 resp. 9,7 auf den übrigen Kauffahrteischiffen. Man muss aber in Betracht ziehen, dass die Hochseefischereifahrzeuge nur einen verhältnissmässig geringen und sehr wech-

selnden Theil des Jahres in See und auf dem Fischfange zubringen; die von der Berufsgenossenschaft gegebenen Zahlen müssen also, um das wahre Verhältniss gegenüber den übrigen Kauffahrteischiffen zu zeigen, mehr als verdoppelt werden. Die Unfallshäufigkeit, die Schwere der Unfälle und die Sterblichkeit daran ist somit im Hochseefischereibetrieb sicher nicht niedriger als in der übrigen Handelsmarine. Aehnlich mag es mit den Krankheitsverhältnissen stehen. Der zum Schutz der Nordseefischerei von der Kaiserlichen Marine entsandte Kreuzer „Olga“ leistete 1896 im Monat August allein auf 15 Hochseefischereibooten ärztliche Hilfe. Es handelte sich hauptsächlich um Darmkatarrhe, Fieber und veraltete Panaritien, bei denen die Eiterung theilweise schon den Knochen ergriffen hatte. Von den Hamburger Fischdampfern werden regelmässig jährlich mehrere Typhusfälle in die Krankenhäuser ausgeschifft.

Nach diesen Erfahrungen scheint die Forderung berechtigt, dass der Fürsorge für Kranke und Verunglückte auf den Deutschen Hochseefischereifahrzeugen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werde. Bis zum 1. April 1899 bestanden gar keine Vorschriften über die Ausrüstung der Hochseefischereifahrzeuge in dieser Beziehung. Es wurde zwar während der Wintermonate in einigen Fischereihäfen und Fischerdörfern Unterricht in der Samariterkunde ertheilt. Der Unterricht wurde im Ganzen wenig, merkwürdigerweise aber in den Ostseehäfen besser als an der Nordseeküste besucht. Einige Fischdampfer nahmen auch vor dem 1. April 1899 freiwillig einen Verbandkasten und einige Arzneien mit. Seitdem ist für die Hochseefischereifahrzeuge dieselbe Ausrüstung mit Arzneien und Verbandmitteln vorgeschrieben, wie für die Küstenfahrzeuge und Schiffe in kleiner Fahrt. Schon diese nur auf das Nothdürftigste berechnete Ausrüstung hat in den beteiligten Kreisen sehr lebhaften Widerspruch hervorgerufen, und man hat sich energisch, glücklicherweise aber umsonst, bemüht, diese Vorschriften wieder rückgängig zu machen. Die Fischer selbst behaupten, dass auf ihren Fahrzeugen nur leichte Unfälle und Erkrankungen vorkämen. Das ist aber nach den obigen Angaben nicht richtig. Bei der weiten Entfernung der Fischgründe von Lande dauert es mehrere Tage, bis ein Hafen wieder erreicht werden kann, auch entschliesst man sich schwer, einen ergebigen Fischgrund eines Kranken wegen zu verlassen. Neuerdings scheint man mit der Absicht umzugehen, die Fischereiexpeditionen bis nach dem Polarmeer auszudehnen. Dann wird sich die Gelegenheit, einen Hafen anzulaufen, in dem ärztliche Hülfe zu erlangen ist, noch seltener bieten. Der zum Schutze der Fischerei und zur ärztlichen Hülfeleistung in der Fischzeit ausgesandte Marinekreuzer kann nicht überall sein, viele Fahrzeuge bekommen ihn gar nicht oder nur einmal in der Saison zu Gesicht. Auf diesem Kreuzer wird übrigens bei Gelegenheit auch Unterricht in der Samariterkunde von dem Schiffsarzt für die Fischer ertheilt.

Sehen wir uns nun einmal die Verhältnisse in anderen Staaten an. In England wird die Seefischerei — einschliesslich der Küstenfischerei — von über 100000 Menschen betrieben. In der Nordsee fischen ungefähr

15 000 englische Hochseefischer. Ihre Fahrzeuge gehen, zu grossen Flotten vereinigt, bis nach Island, wo sie sich im Jahre 8—10 Wochen aufhalten, auf der anderen Seite aber auch bis nach Labrador und Neufundland. Der Englische Johanniterbund (St. John Ambulance Association) lässt in allen Englischen Fischereihäfen Unterrichtskurse in der Samariterkunde für die Fischer abhalten, die überall gut besucht sein sollen. Im Jahre 1884 wurde in London die Hochseefischereimission gegründet (Mission to Deep Sea Fishermen), eine wohlthätige Gesellschaft, die über grosse Mittel verfügt und den Fischern, die oft wochenlang ihre Fischgründe nicht verlassen, Gottesdienst, religiöse Erbauung, Lektüre, geistige und gemüthliche Anregung bringt, Mässigkeit und Enthaltung von Alkohol predigt, aber auch in sehr wirksamer Weise sich der Kranken an Bord der Hochseefischereifahrzeuge annimmt. Die Gesellschaft sendet ausser mehreren Missionsschiffen mit Aerzten, die an Bord der Fischerfahrzeuge gehen und dort ihren Rath ertheilen, 4 Hospitalschiffe und einen Dampfer auf die Fischgründe in der Nordsee und bei Labrador und Neufundland. Die grösseren Hospitalschiffe haben ein sehr zweckmässig und reichlich ausgestattetes Schiffshospital mit 10 Betten (Schlingerkojen), die kleineren haben 3—5 Kojen für Kranke. Ausserdem besitzt die Gesellschaft 2 Hospitäler auf dem Lande. In der Campagne von 1895 wurden mehr als 10 000 ärztliche Consultationen ertheilt und 203 Kranke in den Schiffshospitälern behandelt.

Aehnlich sorgt man jetzt auch in Frankreich für die kranken Hochseefischer. Jeden Sommer begeben sich etwa 400 Französische Fahrzeuge mit über 10 000 Köpfen nach Neufundland und etwas über 200 Fahrzeuge mit einer Besatzung von über 4000 Mann nach Island, um dort die Hochseefischerei (la grande pêche) zu betreiben.

Schon 1852 wurde diesen Fahrzeugen die Mitnahme derselben Ausrüstung, wie sie die Kauffahrteischiffe in grosser Fahrt haben müssen, zur Pflicht gemacht. Die Verordnung wurde aber 1889 wieder aufgehoben. 1893/94 wurden aber neue, sehr ins einzelne gehende Verfügungen hierüber erlassen. Die vorgeschriebene Ausrüstung ist sehr reichhaltig. Nachdem namentlich von Französischen Marineärzten das an Strapazen und Entbehrungen reiche Leben auf den Hochseefischereifahrzeugen und die ungünstigen Gesundheitsverhältnisse der Fischer während der Fangzeit eingehend untersucht und mehrfach beschrieben worden waren, und der berühmte Roman von Pierre Loti (*Pêcheurs d'Islande*) das allgemeine Interesse für diese Seeleute erweckt hatte, wurde 1894 auch in Frankreich eine wohlthätige Gesellschaft gegründet — *Société d'Oeuvres de Mer* —, um den kranken Fischern Hülfe zu bringen. Die Gesellschaft schickt jetzt im Sommer 2 Hospitalschiffe aus (den St. Pierre nach Neufundland, den St. Paul nach Island), um schwerkranke Fischer an Bord zu nehmen und dort zu behandeln resp. in Landhospitäler zu bringen, den übrigen Kranken aber auf ihren Schiffen selbst ärztliche Hülfe zu bringen. Auf St. Pierre wurden in der Campagne von 1898:35 Krankheitsfälle an Bord behandelt — darunter

9 Fälle von Typhus, 5 von Lungenschwindsucht, 4 von Skorbut —; 92 ernstere Krankheitsfälle (8 Typhen) wurden consultativ behandelt. Die Berichte der Französischen Aerzte geben auch eine Statistik über Morbidität und Mortalität unter diesen Fischern. Die hauptsächlichsten Krankheiten sind Typhus (schlechte Trinkwasserverhältnisse, grosse Unsauberkeit), Tuberkulose, Rheumatismen, Skorbut und Alkoholkrankheiten, chronischer Magenkatarrh, Delirien, Lebercirrhose, Atheromatose). Die Sterblichkeit betrug 1898 in den Neufundland-Gewässern 20 pM., in Island 13 pM. Hiervon entfiel ungefähr die Hälfte auf Krankheiten. Die Campagne dauert aber nicht ganz ein halbes Jahr. Diese Zahlen müssen also, um die Vergleichszahlen auf ein ganzes Jahr zu erhalten, mehr als verdoppelt werden.

Wenn nun auch unsere Deutsche Hochseefischerei noch nicht die Grösse und den Umfang der Französischen und Englischen erreicht, so sollten uns doch diese Vorkehrungen der Engländer und Franzosen für die Krankenfürsorge auf ihren Hochseefischereifahrzeugen zur Nacheiferung anregen und uns veranlassen, reichere Mittel dafür aufzuwenden. Es fragt sich nur, woher diese Mittel genommen werden sollen. Die Hochseefischer, wie die Kleinschiffer überhaupt stellen im Gegensatz zu den Schiffen in grosser Fahrt zum grossen Theil noch eigene Betriebe für sich dar, die noch nicht in grossen Gesellschaften aufgegangen sind und jede weitere Belastung ihrer verhältnissmässig hohen Unkosten schwer empfinden, auch wenn sie humanitären Zwecken zu Gute kommen sollen. Auch die bis jetzt gebildeten Fischereigesellschaften sind finanziell noch nicht so stark wie die Rheder der überseeischen Schiffe, so dass man ihnen die Aufwendungen, um in jedem Falle prompt und genügend für die Kranken an Bord zu sorgen, event. die Fischgründe deshalb zu verlassen, kaum zumuthen könnte. Hier wäre also der allgemeinen Wohlthätigkeit ein reiches Feld für Geldspenden und praktische Bethätigung geöffnet.

Im Allgemeinen erwartet man jedoch bei uns, dass der Staat das, was in England die allgemeine Wohlthätigkeit zu Wege bringt, in die Hand nimmt und ausführt. Es würde für die Förderung der Krankenfürsorge bei unsern Hochseefischern in Frage kommen, ob nicht neben dem zum Schutz der Fischerei ausgesandten und dadurch vorzugsweise in Anspruch genommenen Marinekreuzer noch ein anderes Staatsfahrzeug auf die Fischgründe geschickt werden sollte, das zur Krankenfürsorge, Aufnahme, Behandlung und auch zur schnellen Ueberführung von Kranken in die Heimath besonders eingerichtet wäre und seine Fahrten lediglich nach diesen Aufgaben auszuführen hätte. Auch die Deutschen Hochseefischer sind nicht regellos über die ganze Nordsee verstreut, sondern auf bestimmten und allgemein bekannten Fischgründen in grösseren oder kleineren Flotten vereinigt. Sie könnten also von einem solchen Schiff leicht gefunden und in bestimmten Zeiträumen immer wieder aufgesucht werden. Die Kosten für ein solches Schiff sind zu hoch, als dass man unsern Deutschen Anschauungen und Gewohnheiten

entsprechend mit Wahrscheinlichkeit darauf rechnen könnte, dass sie durch Sammlungen und Stiftungen aufgebracht werden würden. Wenn der Staat diesen Zweig der Krankenfürsorge übernehme, würde der Privatwohlthätigkeit immer noch genug für die kranken Seeleute zu thun übrig bleiben. Es würde sich dann darum handeln, überall Samariterkurse einzurichten, Prämien für anerkannterwerthe Leistungen in der Krankenfürsorge an Bord zu stiften, Krankenkost, Wein und Stärkungsmittel für die Fischer zu liefern und den kranken und genesenden Fischern, wie ihren Familien an Land zu helfen. Möge die Zeit, in der das allgemeine Interesse und die Wohlthätigkeit sich den kranken Seeleuten mehr als bisher zuwendet, nicht mehr fern sein!

Spezielle Krankenversorgung.

2. Bei der Marine.

2. Anhang: Für Arbeiter der Kaiserlich Deutschen Staats-Werften.

Von

Marine-Generaloberarzt Dr. **Kleffel** in Wilhelmshaven.

Kaiserliche Werften bestehen in Gaarden bei Kiel, in Wilhelmshaven und in Danzig und verfügen in ihrem Betrieb über durchschnittlich etwa 16000 Personen. Von diesen kommen ungefähr je 6500 Köpfe auf die beiden ersteren, etwa 3000 auf die letztere. Ausserdem beschäftigt die Torpedo-Werkstatt zu Friedrichsort bei Kiel durchschnittlich 1000 Personen. Die Leitung dieser „technischen Institute“ der Kaiserlichen Marine liegt in Händen activer Seeofficiere, die denselben bei den Werften als „Ober-Werft-Directoren“ vorstehen. An der Spitze der Torpedo-Werkstatt befindet sich ein Director. Die genannten Institute unterstehen unmittelbar dem Reichsmarineamt zu Berlin. Den betreffenden Verwaltungen liegt auch die Sorge für erkrankte Mitglieder ihrer Betriebe ob. Dieselbe besteht einmal in der Ausführung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen (Unfall-, Alter- und Invalidenversicherung), dann in freiwilligen Zuwendungen. Die ersteren sind bei sämtlichen technischen Instituten der Marine die gleichen und auch die letzteren weichen bei den einzelnen Betrieben nur unwesentlich von einander ab. Die gesetzlich zur Versicherung verpflichteten Personen der Werft zu Kiel und der Torpedo-Werkstatt zu Friedrichsort gehören der „Betriebs-Krankenkasse“ für die bei den Marinebehörden im Bezirk der Kaiserlichen Marinestation der Ostsee beschäftigten Personen an, welche ihren Sitz in Gaarden hat.

1. Zwangsweise Mitgliedschaft.

Alle von den Marinebehörden der Kaiserlichen Marinestation der Ostsee, mit Ausschluss der Werft zu Danzig, oder für die Behörden gegen Gehalt, Remuneration oder Lohn angenommenen und bei denselben in Betrieben der Marine-Verwaltung beschäftigten Beamten, Arbeiter, Arbeiterinnen und Lehrlinge, bis auf die gesetzlich ausgenommenen, gehören mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung, als versicherungspflichtige Mitglieder der Kasse an.

Als Gehalt, Remuneration oder Lohn gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge.

Versicherungspflichtige Mitglieder können unter gewissen Voraussetzungen aus der Kasse austreten, wenn sie nachweisen, dass sie einer den Anforderungen des § 75 des Krankenversicherungsgesetzes genügenden Hilfskasse angehören.

2. Freiwillige Mitgliedschaft.

Alle nicht versicherungspflichtigen Personen, welche von den betreffenden Behörden oder für diese angenommen und bei denselben beschäftigt sind, können der Kasse beitreten, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 Mark nicht übersteigt.

Der Kassenvorstand ist berechtigt, solche Personen ärztlich untersuchen zu lassen und ihre Aufnahme abzulehnen, wenn die Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt. Als Krankenunterstützung gewährt die Kasse:

1. Vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt, sowie freie Arznei, Verband- und ähnliche Heilmittel (Brillen, Bruchbänder). Die Verabfolgung von Wein, Mineralwässern u. dergl. bedarf in jedem einzelnen Falle der Genehmigung des Kassenvorstandes. Angeborene Bildungsfehler werden nicht auf Kosten der Kasse behandelt. Ist der behandelnde Arzt ein anderer als der Kassenarzt oder werden Arzneien aus anderen als den vom Vorstand bezeichneten Apotheken bezogen, so werden die entstandenen Kosten nicht auf die Kasse genommen, abgesehen von dringenden Fällen.

2. Im Falle der Erwerbsunfähigkeit ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes.

Unter Erkrankungen sind auch Verletzungen einbegriffen.

Mitglieder, welche nach ihrem Ausscheiden mit der Beschäftigung bei den betreffenden Behörden, bei der Kasse verbleiben, erhalten die zuerst erwähnten Unterstützungen weiter, so lange sie sich in einem Bezirk aufhalten, für welchen ein Kassenarzt bestellt ist, sonst ein Krankengeld und entsprechende Vergütung.

An Stelle der Krankenunterstützung, kann Behandlung in einem vom Vorstand bestimmten Krankenhaus treten, unter Umständen auch entgegen der Zustimmung des Kranken.

Daneben kann an den Erkrankten ein Krankengeld gezahlt werden

oder an seine Angehörigen, deren Unterhalt er bisher ganz oder zum grössten Theil aus seinem Arbeitsverdienst bestritt.

Wird ohne dringenden Grund die Behandlung im Krankenhaus abgelehnt oder — von dringenden Fällen abgesehen — ein anderes als das vom Vorstand bestimmte Krankenhaus in Anspruch genommen, so erlischt das Recht auf Krankenunterstützung.

Weibliche, verheirathete und unverheirathete Mitglieder, welche in Wochen kommen, erhalten eine Unterstützung, ebenso Ehefrauen von Mitgliedern, sofern sie nicht selbst dem Versicherungszwang unterliegen, jedoch nur für 14 Tage. In gleicher Weise werden erkrankte Familienangehörige, sofern sie selbst nicht versicherungspflichtig sind, behandelt, aber nur für 13 Wochen.

Erkrankte Personen haben die Vorschriften des Arztes gewissenhaft zu befolgen und nur mit ausdrücklicher Genehmigung desselben Arbeiten vorzunehmen, auch müssen sie den Vorstandsmitgliedern und Krankenkontrolleuren jede auf ihre Krankheit bezügliche Auskunft ertheilen. Zuwiderhandlungen ziehen Ordnungsstrafen oder Verlust der Kassenmitgliedschaft nach sich.

Zur Ausübung der ärztlichen Functionen werden Kassenärzte vertragsmässig angenommen und nach Bedarf Krankenwärter. Mit Apotheken und Krankenhäusern, insbesondere mit den Königlichen Universitätskliniken, sind Verträge abgeschlossen.

Zur Zeit practiciren 18 Kassenärzte in 6 Bezirken (Kiel, Gaarden, Ellerbeck-Neumühlen, Laboe, Friedrichsort, Holtenau), von denen in der Regel nur der vom Kassenvorstand erwählte in Anspruch genommen werden darf. Arztwechsel ist halbjährlich zulässig.

Die Königliche Frauenklinik zu Kiel gewährt stets, auch des Nachts, sofort ärztliche Hülfe unentgeltlich.

Einem Mitgliede, welches gleichzeitig anderweitig gegen Krankheit versichert ist, wird das Krankengeld soweit gekürzt, als dasselbe zusammen mit dem aus anderweitiger Versicherung bezogenen Krankengelde den vollen Betrag seines durchschnittlichen Arbeitsverdienstes übersteigen würde.

Für den Todesfall wird ein Sterbegeld gezahlt (40facher Betrag des Tagelohnes), aber nicht über 80 Mark. Beim Tode der Ehefrau oder eines noch nicht 15jährigen Kindes wird die Hälfte bezw. ein Drittel obigen Satzes als Sterbegeld bewilligt.

Die Betriebskrankenkasse gewährt also mehr gegen die gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen:

1. Krankenunterstützungen (Krankengeld, frei Arzt und Medicin, sonstige Heilmittel, Bäder etc.) an Mitglieder, über die 13. Woche hinaus bis zu 52 Wochen vom 3. Tage der Erwerbsunfähigkeit an.

2. Ein Achtel des durchschnittlichen Tagelohnes an im Krankenhaus für Rechnung der Kasse verpflegte Mitglieder, die nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohn zu bestreiten haben.

3. Wöchnerinnen-Unterstützung an weibliche Mitglieder, in Höhe der

Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes auf 6 Wochen (4 Wochen gesetzliche Mindestleistung).

4. Freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel einschliesslich Bäder an Angehörige von Mitgliedern, auf 13 Wochen event. bei Aufnahme von Angehörigen in ein Krankenhaus einen entsprechenden Zuschuss zu den Kurkosten.

5. Wöchnerinnen-Unterstützung an Ehefrauen der Mitglieder, auf 14 Tage, pro Arbeitstag 1 Mark.

6. Sterbegelder an Mitglieder.

7. Sterbegelder an Ehefrauen von Mitgliedern.

8. Specialärztliche Hülfe für Haut-, Nerven-, Hals- und Rachenkrankheiten und in einem medico-mechanischen Institut und für Massage.

9. Verabreichung besonderer Stärkungsmittel.

Beiträge entfallen zu $\frac{2}{3}$ auf die Kassenmitglieder, zu $\frac{1}{3}$ auf den Marinefiscus und zwar als:

1. Laufende Beiträge der versicherungspflichtigen und der freiwillig beigetretenen Mitglieder, $2\frac{1}{2}$ bzw. $3\frac{3}{4}$ Procent des durchschnittlichen Tagelohnes.

2. Etwaige freiwillige Zuwendungen und die gesetzlich der Kasse zufallenden Beträge.

3. Strafgeder.

Es bestehen 34 Mitgliederklassen von durchschnittlichen Tagelohnsätzen von 0,70—4,00 Mark.

Der Kassenvorstand besteht aus 2 Beamten der Marineverwaltung als Vertreter der betreffenden Behörden als Arbeitgeber, welche von der Werft bestimmt werden und z. Z. aus 4 Beisitzern aus der Mitte der stimmberechtigten Kassenmitglieder, welche die Generalversammlung ohne Mitwirkung der Werft wählt.

Die Aufsicht über die Kasse wird unter Oberaufsicht des technischen Departements des Reichsmarineamts, von dem Oberwerftdirector der Werft zu Kiel wahrgenommen. Jenes beschliesst auch über event. Auflösung der Kasse.

Streitigkeiten werden im ordentlichen Rechtswege entschieden.

Die Geschäftsübersicht für 1898 ergab Folgendes:

1. Januar 1898	6431 Mitglieder
Zugang 2094	
Abgang 1960	+ 1026 „
	<u>Bestand 1. Januar 1899 7457 Mitglieder</u>

Sterbefälle:

Mitglieder 69, wofür gezahlt	5520,00 M.
Ehefrauen 24 „	1279,92 „
Kinder 229 „	9160,00 „
	<u>zusammen 15959,92 M.</u>

Entbindungen:

993, wofür gezahlt	11405,55 M.
------------------------------	-------------

schädigungsberechtigte Hinterbliebene der Getödteten waren 3 Wittwen und 9 Kinder. Die Ausgaben betragen:

Heilverfahren	136,00 M.
Renten an Verletzte	25607,66 „
Beerdigung	298,80 „
Renten an Wittwen Getödteter	4252,14 „
Abfindungen an Wittwen Getödteter	535,95 „
Renten an Kinder Getödteter	5705,47 „
An Krankenhäuser	871,30 „
Renten an Ehefrauen Verletzter	130,54 „
Renten an Kinder Verletzter	377,92 „
	<hr/>
	37915,78 M.
Verwaltungskosten	1128,65 „
	<hr/>
	zusammen 39044,43 M.

Arbeiterrausschuss.

§ 1.

Der Arbeiter-Ausschuss ist zu dem Zweck ins Leben gerufen, um a) allgemein empfundene, auf die Wohlfahrt der Arbeiter gerichtete Wünsche der Werft vorzutragen,

b) die Beseitigung etwa vorhandener Uebelstände und Gefahren im Betriebe anzuregen,

c) wünschenswerthe Aenderungen und Ergänzungen der bestehenden Arbeitsordnung zu beantragen, andererseits jedoch auch um

d) in gewissen Fällen die ihm von der Werft dargelegten Absichten und Gründe für getroffene Maassnahmen entgegenzunehmen und den Arbeitern zu erklären.

Der Arbeiter-Ausschuss ist verpflichtet, alle Zeit nach besten Kräften auf eine getreue Uebermittlung der bei der Werft und bei den Arbeitern bestehenden Anschauungen hinzuwirken.

§ 2.

Der Ausschuss besteht aus 10 Mitgliedern, und wird von allen Arbeitern der Kaiserlichen Werft, welche das 23. Lebensjahr vollendet und mindestens 2 Jahre auf fiscalischen Werken gearbeitet haben, gewählt.

Wählbar sind nur solche Arbeiter, welche das 30. Lebensjahr vollendet und mindestens 5 Jahre auf Marine-Etablissements gearbeitet haben. Abweichungen in einzelnen besonderen Fällen bedürfen der Genehmigung des Ober-Werft-Directors.

Den gesetzlichen Bestimmungen der Alters- und Invaliden-Versicherung unterliegen auch die Arbeiter der Kaiserlichen Werften. Nebenbei bestehen aber bei jeder derselben Unterstützungsfonds, welche den Namen „Marinearbeiter-Unterstützungskasse“ führen und als gesonderte Fonds bei den Werftkassen verwaltet werden. Sie bringen ihre Mittel auf durch Abführung eines Procentsatzes (z. Zt. 2 pCt.) der Remunerationen

bezw. Löhne. Die Höhe des Percentsatzes wird vom Reichsmarineamt nach Bedarf und in Grenzen des nach dem Marine-Etat zulässigen Maximalsatzes festgesetzt.

Ferner fließen ihnen zu:

- a) Lohnabzüge, die als Strafen verhängt sind und Geldbussen,
 - b) Arbeitslöhne, welche seit länger als 3 Monaten nicht abgehoben sind,
 - c) Geschenke und freiwillige Beiträge,
 - d) der Ertrag aus dem verzinslich angelegten Vermögen der Kasse.
- Unterstützungen dürfen aus diesen gewährt werden:

a) an die von den Marinebehörden im Bezirke der Marinestation der Ost- und Nordsee gegen Lohn oder Remuneration angenommenen Werkführer, Arbeiter und Arbeiterinnen,

b) an die Hinterbliebenen der vorher bezeichneten Personen.

Die Bewilligung der Unterstützungen erfolgt theils durch die Werften selbstständig, theils durch das Reichsmarineamt.

Sie bestehen:

- a) in ausserordentlichen einmaligen Unterstützungen,
- b) in laufenden Invaliden- und Wittwenunterstützungen auf Zeit,
- c) in einmaligen Invaliden- und Wittwenunterstützungen,
- d) in Erziehungsbeihilfen.

Ausserordentliche Unterstützungen können in Fällen wirklicher Noth und Hilfsbedürftigkeit gewährt werden, dürfen aber ohne Einwilligung des Reichsmarineamtes den Betrag von 100 Mark nicht überschreiten und im Laufe eines Rechnungsjahres an ein und dieselbe Person höchstens zweimal gehen. Laufende Invalidenunterstützungen dürfen in der Regel nur für Personen bewilligt werden, welche das 60. Lebensjahr erreicht und mindestens 20 Jahre ununterbrochen oder nur mit kurzen unverschuldeten Unterbrechungen auf Kaiserlichen Werften, bezw. bei anderen Marinebehörden gearbeitet haben. Auch müssen dieselben nachzuweisen vermögen (durch ein mariné- oder militärärztliches Attest), dass sie wegen Altersschwäche, oder in Folge von Krankheiten, oder Gebrechen, oder durch Unfall erlittene Beschädigung, die ihren Ursprung nicht in eigenem groben Verschulden finden, für Marinebehörden ferner Arbeit zu verrichten nicht mehr im Stande sind. Zur Zeit werden Arbeitern auch unter dem 60. Lebensjahre bei mindestens 10jähriger ununterbrochener Thätigkeit versuchsweise ermässigte laufende Unterstützungen gewährt. Die Grösse der Unterstützungen beträgt monatlich:

Bei einem Dienstalter von	Monatslohnempfänger mit 140 M. und darüber, sowie Werkführer	Bei einem Tagelohn von			
		über 3,20 M.	2,80—3,20 M.	2,40—2,80 M.	bis 2,40 M.
20 Jahren steigt für das Dienstjahr um	40,00 M. 2,00 „	30,00 M. 1,50 „	26,00 M. 1,20 „	22,00 M. 1,00 „	18,00 M. 0,80 „

Etwa erworbene gesetzliche Renten kommen in Abzug.

Einmalige Invalidenunterstützungen können Invaliden gewährt werden, welche hinsichtlich des Lebensalters und der Dienstzeit die Bedingungen für die Erlangung einer laufenden Invalidenunterstützung nicht erfüllt haben.

Laufende Wittwenunterstützung ist an Frauen ehemaliger Arbeiter zahlbar, welche durch den Tod ihres Mannes in wirkliche Noth gerathen sind, und wenn der letztere wenigstens 10 Jahre bei Marinebehörden beschäftigt gewesen ist. Der Mindestbetrag ist 9 Mark monatlich, der Höchstbetrag die Hälfte der Höhe der Invalidenunterstützung, die der Mann erhalten haben würde, falls er an seinem Todestage für invalide erklärt worden wäre. Gesetzliche Wittwengelder kommen in Abzug und die Unterstützung fällt bei Wiederverheirathung fort.

Einmalige Wittwenunterstützungen können gewährt werden an Frauen, die keine laufende Wittwenunterstützung erhalten.

Kindererziehungsbeihilfen sind zulässig für hinterlassene Kinder unter 14 Jahren von Personen, die während der Beschäftigung bei Marinebehörden verstorben sind, für jede Waise 3—6 Mark monatlich. Doppelwaisen erhalten den doppelten Satz.

Marine-Werft-Frauen-Verein in Gaarden-Kiel.

Zweck des Vereins ist:

1. Die Unterstützung hilfsbedürftiger Angehöriger der Werft (Beamte und Arbeiter) mit Rath und That, Pflege der Kranken durch die vom Verein angestellten Krankenpflegerinnen, Linderung der Nothstände durch Verabreichung von Krankenspeisen, von ärztlich verordneten Stärkungsmitteln, durch Beschaffung von Arzneien, durch Ausgabe von Speisemarken, Kleidungsstücken und Aehnlichem, nach Gutbefinden auch durch Beihilfe von Geld.

2. Unterhaltung einer Kinderwarteschule.

Die Mittel hierzu werden aufgebracht durch:

- a) jährliche Beiträge der Vereinsmitglieder und Ehrenmitglieder,
- b) die dem Verein zufallenden Erträgnisse der Eintrittsgelder beim Besuch der Werft und der Sammelbüchse,
- c) Einnahmen des Fährbootes der Werft,
- d) Zuschuss aus der Kantine für die Arbeiter der Werft,
- e) besondere freiwillige Zuwendungen,
- f) höheren Orts bewilligte Zuschüsse, z. B. zur Besoldung von 3 Krankenschwestern.

Mitglieder des Vereins sind die Frauen aller einen Beitrag zahlenden Angehörigen der Werft.

Die Verwaltung geschieht durch einen Vorstand, dessen Vorsitzende

die Gemahlin des Oberwerftdirectors ist. Ihm gehören ferner an die Gemahlinnen der Ressortdirectoren der Werft, der Ortspfarrer von Gaarden und ein höherer Werftbeamter als Schriftführer und Schatzmeister.

Das Vereinsvermögen betrug am Schlusse des Jahres 1898 24995,94 Mark. Davon waren 13000 Mark in Hypotheken des Arbeiterbauvereins, 11612,76 bei der Kieler Vereinsbank, 200 Mark in Sparkassenküchern, der Rest baar vorhanden.

Kassenbericht des Marine-Werft-Frauen-Vereins zu Kiel,
für das Jahr 1898.

Einnahme	Mk.
Die Einnahmen betragen:	
A. Für die Krankenpflege u. s. w.	
Zuschuss des Reichsmarineamts für drei Krankenschwestern	2250,00
Ausserdem noch ein Zuschuss von	300,00
Aus dem Erlös der Eintrittsgelder beim Besuch der Kaiserlichen Werft und der Sammelbüchse	3318,31
Fährboot der Werft	520,65
Zuschuss aus der Kantine für die Arbeiter der Werft	1000,00
Beiträge der Ehrenmitglieder und Mitglieder	784,50
zusammen A	8173,46
B. Für die Warteschule und den Reservefonds.	
Zinsen des Kapitals	772,15
Schulgeld, wöchentlich 10 bezw. 15 Pfg. für ein Kind	460,50
Geschenk des Reichsmarineamts zur Weihnachtsfeier	225,00
Zuschuss aus der Kantine für die Arbeiter der Werft	500,00
Miethe für Benutzung eines Kellers	120,00
Geschenk des Herrn Geheimrath Busley	564,20
Sonstige Zuwendungen	105,00
zusammen B	2746,85
Wiederholung der Einnahmen:	
A. Für die Krankenpflege u. s. w.	8173,46 Mk.
B. Für Warteschule und-Reserve	2746,85 „
Summe der Einnahme	10920,31 Mk.

Ausgabe	Mk.
Die Ausgaben betragen:	
A. Für die Krankenpflege u. s. w.	
Ausgaben für die Krankenschwestern in Kiel und Ellerbek und für Hilfswärterinnen	1527,20
Beitrag an das Anshar-Schwesternhaus'	200,00
Unterstützungen in baarem Gelde	782,00
Desgl. in Nahrungsmitteln, Kleidung u. s. w.	4320,13
Verschiedenes (Stricklohn, Wolle u. s. w.)	65,90
zusammen A	6895,23
B. Für die Warteschule.	
Milch für 3 Wintermonate	159,86
Weihnachtsfeier	249,30
Prämien für regelmässigen Besuch der Anstalt	30,02
Betriebskosten	203,95
Bauliche Unterhaltung	241,62
Warteschule Ellerbek	250,00
zusammen B	1134,75
Summe der Ausgaben A + B = 8029,98 Mk.	
Das Vermögen betrug am 1. Januar 1898	22105,61
Die Einnahme belief sich auf	10920,31
Zusammen	33025,92
Davon die Ausgabe mit	8029,98
Bleibt Vermögen am 1. Januar 1899	24995,94

Den im Betriebe erkrankten oder verletzten Arbeitern wird nach Möglichkeit die erste Hülfe bereits an Ort und Stelle zu Theil. Hierfür sind an 14 verschiedenen Plätzen der Werft Verbandstationen eingerichtet, welche mit sog. Samariterkästen ausgerüstet sind, welche das übliche Verbandmaterial enthalten. Sie stehen unter Aufsicht des Oberarztes der Werft, der Werkmeister der einzelnen Betriebsstellen und einiger Arbeiter, welche im Samariterdienst ausgebildet sind. Diese leisten bei Unglücksfällen die erste Hülfe. Da von Samaritern in jedem Betrieb eine grössere Anzahl vorhanden ist, so erscheint Hilfsleistung jederzeit sicher gestellt. Handelt es sich um schwerere, der ärztlichen Hülfe bedürftige Fälle, so ist solche von der Hauptunfallstation herbeizuholen. Für dieselbe ist ein ziemlich im Mittelpunkt der Werftanlagen befind-

liches, einzeln gelegenes, leicht zugängliches Gebäude vorgesehen, das mit allen Betriebsstellen durch Fernsprecher verbunden ist. Dasselbe enthält einen Operationsraum mit der nothwendigen Einrichtung und einen Krankenlagerungsraum mit zwei Betten. Ein geräumiger Vorraum gewährt im Bedarfsfalle weitere Lagerungsplätze. Ferner befinden sich in ihm der Arbeitsraum für den Werftoberarzt, ein Zimmer für den wachhabenden Arzt und ein Schreibezimmer für einen bei der Werft commandirten activen Obersanitätsmaaten, der neben den Aerzten als Heilgehülfe thätig zu sein hat. Letzterer Raum dient zugleich für sonstige ärztliche Untersuchungen. Der Hauptunfallstation gegenüber sind in der Feuerwache der Werft die Krankentransportmittel, bespannter Krankenzwagen, Tragbahnen und Tragkörbe untergebracht. Die Bedienung derselben geschieht in erster Linie durch die im Samariterdienst ausgebildeten Feuerwehrleute, dann durch ebenso geschulte Arbeiter. Erstere müssen sich an den mehrmals im Jahr stattfindenden, von dem Werftoberarzt geleiteten Samariterkursen betheiligen, letzteren ist dieses freigestellt, ebenso wie den sonstigen Angehörigen der Werft. Die Betheiligung ist eine sehr rege, und ist das Erlernte überaus häufig mit Verständniss und gutem Erfolg verwendet worden. Während der Werftarbeitszeit, 6 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens bis 6 Uhr Abends, ist ärztliche Hülfe stets zu erlangen, zumal für solche auch die Sanitätsofficiere der in Dienst gestellten Kriegsschiffe, von denen sich fast ständig einige in der Werft befinden, herangezogen werden dürfen, ebenso wie das marineärztliche Personal der in der Nähe der Werft kasernirten Marinetheile. Da entsprechend der Lage der Kaiserlichen Werft gegenüber der Stadt Kiel und getrennt von ihr durch den Hafen, die Ueberführung der Kranken nach den Heilanstalten eine weite und zeitraubende ist, wurde der Transport zu Wasser ins Auge gefasst und zwar in Booten, entsprechend denen hergerichtet, welche für Kriegsschiffe vorgesehen sind. Und um so mehr empfiehlt sich diese Beförderung als die Königlichen Universitätskliniken fast unmittelbar an das der Werft gegenüberliegende Hafenufer anstossen. Auf der Werftseite des Hafens (Kieler Bucht) sind Krankenheilstätten leider nicht vorhanden.

Als ärztlich technischer Berater der Werftleitung ist, als Oberarzt der Kaiserlichen Werft, ein älterer, activer Sanitätsofficier der Marine ständig commandirt. Ausser dem rein militärischen Dienst fallen ihm folgende Obliegenheiten zu. Ueberwachung des Gesundheitszustandes der bei der Werft einzustellenden Arbeiter. Dieselbe erscheint um so wichtiger, als dadurch nicht nur die Betriebskrankenkasse vor ungebührlichen Leistungen gegenüber etwa mit Krankheiten behafteten Arbeitern bewahrt bleibt, sondern die Werft selbst mit einem Arbeitspersonal sich ausstattet, dessen Leistungsfähigkeit ihr in den allermeisten Fällen verbürgt ist. Letzteres ist aber für eine Einrichtung, an welche jederzeit und sehr oft unvorhergesehen überaus grosse und schleunigst auszuführende Arbeitsaufträge, insbesondere auch bei einer Mobilmachung, herantreten,

unumgänglich nothwendig. Dieses um so mehr, als eine Altersgrenze für Einstellung von Arbeitern, wie sie zeitweise bestand, nicht vorgesehen ist, vielmehr die Bedingungen dafür nur dahin lauten, dass durch die ärztliche Untersuchung festzustellen ist, ob der einzustellende Arbeiter für die ihm zuge dachte Arbeit kräftig genug erscheint, sowie, ob er nicht etwa mit ansteckenden Krankheiten oder mit Fehlern und Gebrechen behaftet ist, welche seine Brauchbarkeit in Zweifel oder seine baldige Arbeitsunfähigkeit bezw. sein baldiges Absterben in Aussicht stellen. Fallsucht hindert die Einstellung unbedingt. Durch Bruchschäden, Harthörigkeit oder Einäugigkeit wird dieselbe zwar nicht unter allen Umständen ausgeschlossen, indessen darf aus solchen Leiden, wenn sie im Werftdienst zur Arbeitsunfähigkeit führen, keine Anwartschaft auf Unterstützung hergeleitet werden. Nach der Werftdienstordnung ist auf vorhandene Uebel, sowie auf Spuren von und Anlagen zu Schäden, an welche Ansprüche an Invaliditäts- oder sonstige Entschädigungen geknüpft werden könnten, bei der ärztlichen Untersuchung die grösste Aufmerksamkeit zu verwenden. Gegebenenfalls sind derartige Ansprüche bei der Einstellung durch protokollarischen Verzicht, unter Feststellung des körperlichen, in einem besonderen ärztlichen Zeugniß niedergelegten Befundes, welcher vom Arbeiter anzuerkennen bleibt, auszuschliessen.

Personen unter 21 Jahren dürfen als Arbeiter auf den Kaiserlichen Werften nur beschäftigt werden, wenn sie mit Arbeitsbüchern versehen sind.

Dank dem Entgegenkommen der Vorstände der in Kiel befindlichen Heilanstalten, ist es dem Werftoberarzt möglich, Arbeiter, welche als zeitig nicht voll leistungsfähig oder krank von der Annahme bei der Werft zurückgestellt werden müssen, jenen zur häufig unentgeltlichen Behandlung zu überweisen und denselben auf diese Weise die Aussicht auf die lohnende Arbeitsstelle zu erhalten. Erkrankten Werftarbeitern kann ausserdem die Vergünstigung zu Theil werden, durch bereitwilliges Eingreifen der Alters- und Invaliden-Versicherungs-Anstalt für die Provinz Schleswig-Holstein in Heil- und Erholungsstätten Aufnahme zu finden. Die Betriebskrankenkasse der Kaiserlichen Werft führt alsdann die ihr zukommenden Leistungen an die Versicherungs-Anstalt ab, welche auf dieselben aber zumeist zu Gunsten der Kranken in den Fällen verzichtet, in denen es sich um verheirathete Personen handelt oder um solche ledige, welchen die Ernährung sonstiger Angehöriger obliegt.

Endlich sei noch hervorgehoben, dass es im Interesse der Marineverwaltung zulässig ist, zur Nachbehandlung von Civilpersonen, welche in den Betrieben derselben verunglückt sind, vom Beginn der 14. Woche ab, Sanitätsofficiere heranzuziehen. Diese Behandlung gilt für letztere als eine dienstliche. In solchen Fällen stellen die Werften als Aufsichtsbehörden einen bezüglichen Antrag bei dem zuständigen Stationsarzte, der eine Entscheidung trifft, ob die in Frage stehenden Interessen der Marineverwaltung und die Natur des vorliegenden Falles selbst jene Maassnahme zulässig erscheinen lässt.

Werft zu Danzig.

Geschäftsübersicht der Betriebskrankenkasse für 1898.

1. Januar 1898	2628 Mitglieder
Zugang	194 „
Bestand am 1. Januar 1899	2822 Mitglieder
Es erkrankten	
männliche Mitglieder	1669
weibliche Mitglieder	—
zusammen 1669 Personen,	
für welche 23794 Krankheitstage verzeichnet wurden.	
Sterbefälle kamen 22 vor.	

Kassenrechnung.

Einnahmen.

Baarer Kassenbestand 1. Januar 1898 . . .	9321,53 M.
Zinsen	2611,25 „
Beiträge:	
Versicherungspflichtige	61124,91 M.
Freiwillig Versicherte	335,31 „
Zuschuss (Marinefiscus)	30564,82 „
	90025,04 „
Von der Werft erstattete Aufwendungen	
§§ 5 und 8 des Unfall-Gesetzes	1985,19 „
Sonstige	112,16 „
	zusammen 106055,17 M.

Ausgaben.

Für ärztliche Behandlung	16156,40 M.
Arzneien etc.	
a) Für Mitglieder	9313,35 M.
b) Für Angehörige	2050,40 „
	11364,75 „
Krankengelder.	
a) An Mitglieder	2642,00 M.
a) An Angehörige	6146,66 „
	8788,66 „
An Krankenanstalten	7748,80 „
Zur Kapitalanlage	18675,35 „
Sonstige	1746,19 „
Verwaltungskosten.	
a) Persönliche	1011,10 M.
b) Sachliche	512,75 „
	1523,85 „
	zusammen 98179,20 M.
Bleibt baar	7875,99 M.

Die reine Jahresausgabe der Kasse betrug:

1895	43652,03 M.
1896	56175,78 „
1897	74869,34 „

Vermögensausweis.

Activa.	
Baarer Bestand ultimo 1898	7875,97 M.
Hypotheken, Bankeinlagen etc.	88258,50 „
	zusammen 96134,47 M.
Passiva	
Ueberschuss der Activa	96134,47 M.
(Gegen das Vorjahr mehr 16675,19 M.)	
Stand des Reservefonds 31. December 1898	88258,50 M.
(Gegen das Vorjahr mehr 18120,75 M.)	

Der Marine-Werft-Frauen-Verein in Danzig verwendete bei einer Einnahme von 3017,71 Mark, 3017,66 Mark zu ähnlichen Zwecken, wie sie in dem Bericht des Kieler Werft-Frauen-Vereins angegeben wurden.

Bei der Kaiserlichen Werft als Unfall-Versicherungsverband (Berufsgenossenschaft) waren, nach den oben bereits angezogenen Veröffentlichungen des Reichs-Versicherungsamtes für das Jahr 1896, durchschnittlich versichert 1992 Personen, von denen über 76 (38,15 pM.) Unfallanzeigen erstattet wurden. Entschädigungen wurden festgestellt für 12 Personen (6,02 pM.), während aus den Vorjahren 54 entschädigungsberechtigte Unfälle im Bestand verblieben waren. Es starben 1, wurden dauernd völlig erwerbsunfähig 0, dauernd theilweise erwerbsunfähig 7, vorübergehend erwerbsunfähig 4. Entschädigungsberechtigte Hinterbliebene waren 1 Wittve und 1 Kind. Die Ausgaben betragen:

Heilverfahren	139,48 M.
Renten an Verletzte	14617,18 „
Beerdigung	78,02 „
Renten an Wittwen Getödteter	639,68 „
Abfindungen	—
Renten an Kinder Getödteter	635,09 „
An Krankenhäuser	110,00 „
Renten an Ehefrauen Verletzter	20,61 „
Renten an Kinder Verletzter	30,91 „
	zusammen 16270,97 M.
Verwaltungskosten	887,86 M.
	zusammen 17158,83 M.

Werft zu Wilhelmshaven.

Während, wie es im Eingang schon angedeutet wurde, auf der Kaiserlichen Werft zu Wilhelmshaven die Krankenversorgung nach den gleichen Grundsätzen gehandhabt wird, wie sie für Kiel besprochen sind, stellte sich die Geschäftsübersicht der Betriebskrankenkasse für das Jahr wie folgt.

1. Procentverhältniss der satzungsmässigen Gesamtbeiträge (Antheile des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers zusammen) zum Lohn $4\frac{1}{2}$ pCt.,

des satzungsmässigen Krankengeldes zum Lohn $66\frac{2}{3}$ pCt.

2. Satzungsmässige Dauer der Krankenunterstützung:

a) mit vollem Krankengelde

bei einer Beschäftigung bis zu 2 Jahren . . . 13 Wochen

" " " von 2 bis zu 4 Jahren . 26 "

" " " " 4 " " 6 " . 39 "

" " längeren als 6jährigen Beschäftigung . 52 "

b) von da ab mit geringerem Krankengelde, ohne bestimmte Grenze.

Uebersicht über die Mitglieder, die Krankheits- und Sterbefälle.

Zahl der Mitglieder am	männliche	w eibliche	Im Laufe des Jahres
1. Januar 1898 . . .	6769	91	Erkrankungsfälle der männlichen Mitglieder 2919
1. Februar	6842	91	der weiblichen 46
1. März	6809	82	zusammen 2965
1. April	6698	81	Krankheitstage der männlichen Mitglieder 60598
1. Mai	6709	83	der weiblichen 1660
1. Juni	6682	86	zusammen 62258
1. Juli	6741	82	Sterbefälle der männlichen Mitglieder 62
1. August	6750	81	der weiblichen 0
1. September	6747	83	zusammen 62
1. October	6911	94	
1. November	6931	92	
1. December	6989	90	
31. December Jahresabschluss	7062	90	
im Durchschnitt für den Monat (rund)	6796	82	

Rechnungsabschluss.

I. Kassenrechnung.

a) Einnahmen.

1. Kassenbestand für den Anfang des Rechnungsjahres (ausschliesslich Reservefonds)	1874,13 M.
2. Zinsen von Kapitalien und sonst belegten Geldern	7601,46 „
3. Eintrittsgelder	607,51 „
4. Gesamtbeiträge (Antheile der Arbeitgeber und Arbeitnehmer)	278230,59 „
5. Ersatzleistungen für gewährte Krankenunterstützung	9560,63 „
6. Sonstige	218,93 „
Summe der Einnahmen	298093,25 M.

b) Ausgaben.

1. Für ärztliche Behandlung	54501,47 M.
2. Für Arznei und Heilmittel	
a) für Mitglieder	26400,59 M.
b) für Angehörige	44940,62 „
3. Krankengelder	
a) an Mitglieder	111087,13 „
b) an Angehörige	4466,38 „
Latus	241396,20 M.

	Transport	241396,20 M.
4. Unterstützungen an Wöchnerinnen		115,20 „
5. Sterbegelder		17064,56 „
6. Kur- und Verpflegungskosten an Krankenanstalten		18435,34 „
7. Ersatzleistungen für gewährte Krankenunterstützung		2926,19 „
8. Zurückgezahlte Beiträge und Eintrittsgelder		54,86 „
9. Verwaltungsausgaben		
a) persönliche		2389,50 „
b) sachliche		483,91 „
10. Sonstige		8140,22 „
	Summe der Ausgaben	<u>291005,89 M.</u>
c) Abschluss.		
Summe der Einnahmen	298093,23 M.	
Summe der Ausgaben	<u>291005,98 „</u>	
Ergibt einen Kassenbestand	7087,27 M.	

Die reine Jahresausgabe der Kasse betrug in den vorhergehenden drei Jahren:

1897	282505,86 M.
1896	259066,61 „
1895	241528,10 „

II. Vermögensnachweis für den Schluss des Jahres 1898.

a) Gesamtvermögen der Kasse.

1. Activa.

1. Bestand ultimo 1898	7087,27 M.
2. Hypotheken etc.	215000,00 „
	<u>zusammen 222087,27 „</u>

2. Passiva

3. Hiernach beträgt der Ueberschuss der Activa	222087,27 „
Ueberschuss gegen das Vorjahr	5213,14 „

b) Das verfügbare Activvermögen.

Zum Reservefonds nach den stattgefundenen Ueberweisungen	215000,00 „
Reservefonds aus dem Vorjahr	215000,00 „
Als Betriebsfonds verbleiben	7087,27 „

Mit Rücksicht auf die grosse Anzahl der bei der Kaiserlichen Werft und den sonstigen Marinebehörden beschäftigten Arbeiter war der Bau eines eignen Werft-Krankenhauses ein dringendes Bedürfniss, da das vorhandene städtische Lazareth, welches nur 18 Betten umfasste und dem eigenen Bedarf der Stadt kaum genügte, zur Unterbringung der erkrankten Arbeiter keinen Platz bot, und die Behandlung derselben im Kaiserlichen Marine-Stations-Lazareth ebenfalls ausgeschlossen war, da eine solche im Kriegsfall unstatthaft ist, und Frauen und Kinder überhaupt nicht in dasselbe aufgenommen werden dürfen.

Zweck der Anlage ist, für die Seitens der Kaiserlichen Marine beschäftigten Arbeiter und deren Angehörige in Krankheitsfällen Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Behandlung zu gewähren.

Die Grösse des Werft-Krankenhauses wurde vorläufig für die Unterbringung von 52 Kranken bemessen.

Die Verwaltung wird durch einen Verwaltungsbeamten, die Kranken-

pflge durch Diakonissen unter Oberleitung eines Arztes wahrgenommen.

Die Anstalt bestand zunächst aus einem Hauptgebäude, welches Raum für 32 Betten bietet, Verwaltungsräume, Koch- und Waschküche, Vorrathskeller, Wohnungen für die Schwestern und das Dienstpersonal enthält, und einem Isolirpavillon zu 20 Betten. Im vorigen Jahre wurde ein zweiter, in diesem Jahre ein dritter Pavillon zu je 20 Betten hinzugebaut.

Auf dem Grundstück sind ferner vorhanden ein Wohnhaus für den Arzt nebst kleinem Stallgebäude und eine Leichenhalle.

a) Das Hauptgebäude besteht aus einem zweigeschossigen Mittelbau und 2 einstöckigen Seitenflügeln und ist durchweg unterkellert.

Die Wohn- und Verwaltungsräume wurden im Mittelbau angeordnet, um dadurch eine Trennung der in den Seitenflügeln untergebrachten Kranken nach Verschiedenheit des Geschlechts zu bewirken. Die Wirtschaftsräume sind sämmtlich im Kellergeschoss untergebracht. Der Haupteingang liegt in der Mitte des Gebäudes. Durch denselben gelangt man auf einen in Plinthenhöhe (+ 5,1 W. P.) gelegenen Podest, an welchen sich die zum Erdgeschoss führende 3 m breite Treppe anschliesst. Westwärts neben diesem Podest und von demselben auf einer leichten Holzterrasse zugänglich liegt im Kellergeschoss die Stube des Hausknechts, welcher zugleich den Dienst als Portier versieht. Das Erdgeschoss liegt in Höhe von + 7,3 W. P. und enthält im Mittelbau zu beiden Seiten der Treppe auf der Nordseite das Wartezimmer und Dienstzimmer des Arztes, sowie das Bureau, auf der Südseite den Operationssaal und einen Baderaum. Das Wartezimmer ist mit Rücksicht darauf angelegt, dass eine erhebliche Anzahl Kranker ambulant behandelt wird. Auf der anderen Seite des die Mitte des Gebäudes einnehmenden Treppenflures stösst an den Wasch- und Baderaum ein Zimmer für zur Beobachtung auf Geisteskrankheit Eingelieferte.

In den beiden Flügeln folgen die Krankenzimmer in symmetrischer Anordnung und zwar von der Mitte aus:

1 Zimmer zu 2 Betten, 5,61 m lang, 4,50 m breit.

2 Zimmer zu 1 Bett, 2,75 m lang, 4,50 m breit.

1 Zimmer zu 4 Betten, 9,29 m lang, 4,50 m breit.

1 Saal zu 8 Betten, 9,50 m lang, 8,50 m breit.

Die Höhe der Zimmer beträgt 3,77 m. Es kommen hierbei auf den Kranken mindestens 10,1, höchstens 12,4 qm Grundfläche und 38,1 resp. 46,7 cbm Luftraum, was den für grössere Krankenhäuser üblichen Raumabmessungen entspricht (pro Bett ca. 10 qm Grundfläche, 36 bis 50 cbm Luftraum).

Die vor den Krankenzimmern liegenden Corridore (21,08 m lang, 3 m breit), welche gegen den Mittelbau durch Glastüren abgeschlossen sind und geheizt werden können, werden bei schlechtem Wetter von den Kranken als Wandelgänge benutzt. Neben den Krankensälen zu 8 Betten ist ein kleines Zimmer vorhanden, welches bei Nacht zum Aufenthalt

eines Wärters (resp. einer Wärterin oder Hebamme) dient. In der Scheidewand ist ein Fenster vorhanden, durch welches der Krankensaal jederzeit von dem Wärterzimmer aus übersehen werden kann.

An den Enden der Seitenflügel liegen die Closets für die Kranken und je eine massive Bodentreppe. Neben dem Abort auf der Männerseite befindet sich ein Pissoir.

An die Krankensäle schliessen sich überdeckte Veranden an, welche dazu bestimmt sind, schwachen Genesenden als Erholungsort und für die Kinder als Spielplatz zu dienen. Um den Wind abzuhalten sind die Nordseiten mit Brettern verkleidet, die West- und Südseiten oberhalb der Brüstung mit Glaswänden versehen.

Die Treppe nach dem Keller und dem oberen Stockwerk befindet sich auf der Südseite des Mittelbaues. An den Podesten derselben liegen die Closets für das Verwaltungspersonal.

Der Dachbodenraum über dem Mittelbau dient als Trockenboden; die Dachböden der Flügel sind zur Aufbewahrung der eigenen Kleider der Kranken sowie von Vorräthen und Reservestücken aller Art bestimmt.

Das Kellergeschoss enthält im östlichen Theil die Räume zur Reinigung der Wäsche, im westlichen die zur Zubereitung und Aufbewahrung der Speisen dienenden Küchen- und Vorrathsräume.

In einem besonderen Raume, der Kochküche gegenüber auf der Nordseite des Corridors ist ein Speisenaufzug und in der Waschküche ein Raum für die gebrauchte Wäsche vorhanden, in welchen ein Schacht zum Hinabwerfen der Wäsche mündet. Neben der Waschküche befindet sich ein Desinfectionsraum.

Das Brennmaterial wird im westlichen Eckraum des Kellers untergebracht, woselbst unter der Veranda auch ein Platz zum Zerkleinern des Holzes bei Regenwetter vorhanden ist. Im Keller befinden sich ferner die Wohnräume für den Hausknecht und die Köchin sowie die Mädchenkammern und eine Zelle für Tobsüchtige. Die Höhe der sämtlichen Kellerräume beträgt 3,50 m.

Zur Erleichterung des Verkehrs ist in jedem Flügel ein directer Kellerausgang nach der Südseite des Gebäudes vorhanden, an welcher sich ein Garten befindet. Der östliche Kellerraum ist vorläufig noch ohne bestimmte Verwendung. Dieser, sowie der westliche, haben eigene Eingänge von der Nordseite des Gebäudes erhalten, um die Zugänglichkeit ohne Benutzung des oberen Corridors nach den Wirthschaftsräumen zu ermöglichen.

Unterhalb der in den oberen Etagen belegenen Closets sind im Kellergeschoss die Tonnenräume für dieselben angeordnet.

Da der Grundwasserstand etwa auf + 2,80 W. P. anzunehmen ist, wurde die Kellersohle auf + 3,50 W. P. mithin um etwa 70 cm höher hergestellt.

b) Der Isolirpavillon enthält wie das Hauptgebäude 2 symmetrische Hälften, die östliche für Männer, die westliche für Frauen und Kinder. In jeder dieser Abtheilungen befindet sich ein Saal zu 8 Betten (Grösse

10,0 m zu 8,5 m, daher pro Bett 10,6 qm), 2 Krankenzimmer zu je 1 Bett, sowie ein Raum zum Aufenthalt des Wärters resp. der Wärterin. In der Mitte liegt ein geräumiger Flur und neben demselben Badestube und Closet. An den Enden befinden sich Ausgänge nach dem Garten. Der Fussboden des Pavillons liegt auf 5,45 W. P., daher 0,85 m über Terrain, die lichte Höhe der Räume beträgt 3,80 m. Auch dies Gebäude ist völlig unterkellert.

c) Die beiden Krankenblocks. Jeder Krankenblock soll 20 Betten aufnehmen und zwar je 4 in den 4 grösseren Krankenzimmern und 4 Betten in den 4 Einzelzimmern. Ferner sind in jedem Block 2 Vorräume, 1 Corridor, 2 Badezimmer, 2 Wärterzimmer und 4 Closetsräume vorhanden. Die unter den Flügelbauten liegenden Kellerräume dienen zur Aufnahme der Centralheizung, von Brennmaterialien, Geräthen und Inventarien.

Die Krankenblocks stehen in der Mitte zwischen dem Hauptgebäude und dem Isolirpavillon und parallel zu beiden. Der Corridor liegt auf der Nordseite, die Krankenzimmer auf der Südseite und die Aborte sowie die Vorräume an den Eingängen östlich und westlich.

Mit dem Hauptgebäude sind die Krankenblocks durch eine offene Wandelhalle, deren Dach auf Pfeilern ruht, verbunden. Im Uebrigen stimmt die Bauart mit der des Hauptgebäudes überein.

d) Allgemeines. Die Gebäude sind mit Wasserleitung im Anschluss an die fiscalische Wasserversorgung Wilhelmshavens versehen. Die Hähne zur Wasserentnahme nebst Ausgussbecken befinden sich in den Corridoren und nicht in den Krankenzimmern, da die Becken in letzteren zu sehr der Verunreinigung ausgesetzt sein würden. Die Beleuchtung der Gebäude erfolgt durch Gas. Die Wasch- und Baderäume sind mit je zwei Waschbecken, sowie je einer Badewanne ausgestattet, für welche das Wasser in je einem im betreffenden Zimmer selbst befindlichen eisernen Badofen erwärmt wird. Im Isolirpavillon sowie in den beiden Krankenblocks ist für jede Abtheilung eine Badezelle mit je einer Wanne vorhanden.

Die Heizung des Hauptgebäudes und des Isolirpavillons erfolgt durch Einzelöfen und zwar befinden sich in den Kranken- und grösseren Wohnzimmern Kachelöfen, welche vom Flur aus geheizt werden. In den Krankensälen auf den Flügeln des Hauptgebäudes und im Isolirpavillon befinden sich Ventilations- und Circulationsöfen nach Art des Ofens von Grossius & Schneider (vergl. Deutsches Bauhandbuch Band 1, 1. Hälfte S. 431), welche in der Mittelachse der betreffenden Räume aufgestellt sind.

Die Lüftung erfolgt für die Winterzeit durch Ansaugung, indem neben den Rauchröhren für die Oefen Lüftungsrohre vorhanden sind, welche über Dach münden.

Eine besondere Luftzuleitung von aussen her ist nur für die Krankensäle, welche mit Ventilations- und Circulationsöfen versehen sind, vorhanden. Für die kleineren Zimmer wird die Luft mittelst Zutritts durch Fenster und Thüren erneuert.

Die Sommerlüftung wird durch Oeffnen der Fenster und Thüren

bewirkt. Zu diesem Zweck sind in den unteren Füllungen der Thüren kleine mit drehbaren Rosetten zu schliessende Oeffnungen, in den äusseren Fenstern Glasjalousien angebracht, welche das Zu- und Abströmen der Luft ermöglichen.

Da die Luftschächte der Ventilationsröhren bei dem fast immer herrschenden Seewinde eine ausreichende Wirkung hervorrufen, so ist von weiteren künstlichen Einrichtungen für die Ventilation Abstand genommen worden, ebenso sind Vorkehrungen zur Reinigung und Anfeuchtung der zuzuführenden Luft nicht erforderlich geworden.

Zur Behandlung und Verpflegung in dem Werftkrankenhaus sind

a) die sämtlichen Mitglieder der Betriebskrankenkasse der Marine-Station der Nordsee und

b) die Angehörigen dieser Mitglieder

berechtigt.

Nichtberechtigte Personen können ausnahmsweise in dringenden Fällen Aufnahme finden, mit besonderer Genehmigung des Oberwerft-directors. Venerische, prostituirte Frauenzimmer sind von der Aufnahme ausgeschlossen, Geisteskranke sollen nur vorübergehend, in Fällen von Gefahr aufgenommen werden.

An Kosten für Behandlung, einschliesslich Arznei und Verpflegung, hat die Betriebskrankenkasse zu entrichten,

a) für Kassenmitglieder pro Tag 1,50 Mark,

b) für Angehörige derselben, welche nur freie ärztliche Behandlung und Arznei zu beanspruchen haben, pro Tag 0,50 Mark.

Für ihre Angehörigen zahlen die Kassenmitglieder ein Verpflegungsgeld von 0,80 Mark für Frauen etc. und von 0,60 Mark für Kinder bis einschliesslich zum 14. Lebensjahre, pro Kopf und Tag aus eigenen Mitteln. Nichtberechtigte haben für Behandlung und Verpflegung pro Kopf und Tag 1,75 Mark zu entrichten.

Vor der Aufnahme von Nichtberechtigten ist entweder,

a) die schriftliche Erklärung einer Armenbehörde oder einer öffentlichen Unterstützungskasse dahin, dass sie für die Verpflegungskosten einsteht, oder

b) die Bescheinigung der zuständigen Behörde, dass der Kranke, bzw. diejenige Privatperson, welcher die Verpflegungskosten zu tragen sich verpflichtet, durch sein Vermögen völlig ausreichende Sicherheit für die Bezahlung bietet, oder

c) die Hinterlegung einer ausreichenden Geldsumme,

zu verlangen.

Die von den Kassenmitgliedern für ihre eigene Person und für ihre Angehörigen, für die über die Anspruchsdauer an die Betriebskrankenkasse hinausgehende Krankenbehandlungszeit zu entrichtenden Verpflegungskosten werden den Betreffenden von dem Lohn einbehalten, jedoch immer nur in der Höhe der Hälfte des Tagelohnes des Zahlungspflichtigen.

Die Verpflegung der in Behandlung befindlichen Kranken erfolgt

nach den Vorschriften des Beköstigungsregulativs für die Kaiserlichen Marinelazarethe.

Der Werftoberarzt, zugleich leitender Arzt des Werftkrankenhauses, ein älterer activer Marine-Sanitätsofficier, ist dem Oberwerftdirector unterstellt und nimmt in seinen Beziehungen zum Letzteren, sowie zu den einzelnen Organen der Werft die Stellung eines Ressortdirectors ein.

Als leitender Arzt des Krankenhauses nimmt er die Stellung der Chefärzte der Friedenslazarethe der Marine ein, und finden daher die für die letzteren gegebenen Bestimmungen sinngemässe Anwendung (Marine-Verordnungsblatt 1872, Seite 255 ff.).

Soweit der leitende Arzt von seinem Dienst im Werftkrankenhause abkömmlich ist, steht demselben die Befugniß zur Ausübung von Privatpraxis frei.

Morbiditätsstatistik des Werftarbeiterkrankenhauses zu Wilhelmshaven. Berichtsjahr 1898.

		männliche	weibliche	
Es wurden verpflegt	345	(261	+ 84)	Kranke
Summe der Verpflegungstage	10912	(9249	+ 1663)	Tage
Durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt eines Kranken		35	20	„
Zahl d. höchst. Krankenbestand. (20.7.98)			41	Kranke
Krankenbestand ultimo 1898		24	4	„
Zahl der Gestorbenen		21	7	„

Kassenabschluss.

Einnahmen	Mark	Ausgaben	Mark
Eingezahlte Verpflegungsgelder	16244,00	Im Ordinarium	
Verkaufte eigene Producte . .	48,00	sachliche	24082,99
Staatszuschuss	20777,49	persönliche	12987,50
		Im Extraordinarium	
zusammen	37070,49	zusammen	37070,49

Von der Betriebskrankenkasse ist ein Heilgehülfe fest angestellt (mit einer Remuneration von monatlich mindestens 100 Mark), als Vorsteher für eine auf der Werft eingerichtete Unfallstation. Er hat während der Werftarbeitszeit (7—12 Vormittags und 1½—6½ Nachmittags) in seinem Dienstzimmer zu sein und darf dasselbe nur verlassen, sofern er von dem Werftarzt oder den Werftkassenärzten zur Hilfeleistung bei Operationen oder zu sonstigen Heilzwecken requirirt wird. Er ist aber auch zu Dienstleistungen zu anderen Zeiten und an Sonn- und Feiertagen, ohne Gewährung besonderer Vergütung verpflichtet. Er hat für sachgemässe Verwaltung der für die Unfallstation angeschafften Materialien und Einrichtung zu sorgen, namentlich für die stete Gebrauchsfähigkeit der Instrumente und das genügende Vorhandensein von Verbandmaterial.

Insbesondere liegt es ihm auch ob, für die Instandhaltung der auf der Werft vorhandenen Samariterkisten zu sorgen.

Bei Verletzungen hat er, so lange es sich um solche augenscheinlich leichter Art handelt, den ersten Verband anzulegen und den Kranken anzuweisen, was er zunächst zu thun habe. Ein Nähen von Wunden, Erweitern derselben zur Herausnahme von Fremdkörpern, Anlegen von Gyps- oder erhärtenden Verbänden hat er zu unterlassen. Ausziehen von oberflächlich liegenden Splintern und Fremdkörpern, besonders im Auge, darf er versuchen. Bei schweren Verletzungen hat er einen kunstgerechten Verband anzulegen und für den zweckentsprechenden Transport des Verletzten nach der Wohnung desselben oder dem Krankenhause Sorge zu tragen. Den auf der Werft beschäftigten Arbeitern und ihren Angehörigen hat er auf ihren Wunsch Zähne zu ziehen, überhaupt bei ihnen bereitwilligst alle Verrichtungen der niederen Chirurgie in Anwendung zu bringen. Ein selbstständiges Verordnen von äusseren oder inneren Mitteln im Hause der Erkrankten ist ihm verboten.

Die auf die Werft Wilhelmshaven bezüglichen Veröffentlichungen des Reichsversicherungsamtes stellen sich wie folgt:

Durchschnittlich versichert waren 6700 Personen, von denen über 273 (40,75 pM.) Unfallsanzeigen erstattet wurden. Für 50 Personen (7,46 pM.) wurden Entschädigungen festgestellt. Aus den Vorjahren waren im Bestand verblieben 127 entschädigungsberechtigte Unfälle. Es starben 3 Personen, dauernd völlig erwerbsunfähig wurden 6, dauernd theilweise erwerbsunfähig 40, vorübergehend erwerbsunfähig 1. Entschädigungsberechtigte Hinterbliebene der Getödteten waren 2 Wittwen und 7 Kinder.

Die Ausgaben betragen:

Heilverfahren	1348,05 M.
Renten an Verletzte	39132,71 „
Beerdigung	461,87 „
Renten an Wittwen Getödteter	2154,08 „
Abfindungen	—
Renten an Kinder Getödteter	3512,20 „
An Krankenhäuser	105,90 „
Renten an Ehefrauen Verletzter	—
Renten an Kinder Verletzter	—
Verwaltungskosten	278,53 „
	<u>zusammen 46993,34 M.</u>

Für die Marineverwaltung als staatliche Aufsichtsbehörde entstanden demnach in dem Jahre 1896 Unfallversicherungspflichten für die von ihr beschäftigten Werftarbeiter in folgendem Umfang. Durchschnittlich waren Betriebsbeamte und Arbeiter — also versicherungspflichtige Personen — 14282 vorhanden, von denen über 490 (34,31 pM.) Unfallsanzeigen erstattet wurden. Die Zahl der Verletzten, für welche Entschädigungen festgestellt wurden (Unfälle), betrug 79 (5,53 pM.), neben 275 aus den Vorjahren verbliebenen Unfallsentschädigungen. Es starben 7 Personen, 8 wurden dauernd völlig, 57 dauernd theilweise, 7 vorübergehend erwerbs-

unfähig. Die Zahl der entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen Getödteter betrug 23 (6 Wittwen, 17 Waisen). Für Erwerbsunfähigkeit wurden 79357,55 Mark Renten an 317 Verletzte gezahlt, für 20 Personen 1623,53 Mark Kosten für Heilverfahren. Die sonstigen Entschädigungsbeträge mit 19920,48 Mark wurden an 148 Personen verausgabt. In Summe also 100901,56 Mark. Die laufenden Ausgaben für die Verwaltung betragen 2295,04 Mark, woraus sich die Gesamtkosten auf 103196,60 Mark stellen.

Für das Jahr 1897 veröffentlicht das Reichsversicherungsamt, in seinen amtlichen Nachrichten für 1899, folgende Zusammenstellung über Unfallversicherung der Kaiserlichen Werften.

1. Kaiserliche Werft zu Kiel.

Durchschnittlich versichert waren 6107 Personen, von denen über 176 (28,82 pM.) im Laufe des Rechnungsjahres Unfallanzeigen erstattet wurden. Entschädigungen wurden festgestellt für 18 (2,95 pM.) Personen (Erwachsene), während aus den Vorjahren 93 entschädigungsberechtigte Unfälle in Bestand verblieben waren. Es starben 3, wurden dauernd völlig erwerbsunfähig 1, theilweise 7, vorübergehend 7 Personen. Entschädigungsberechtigte Hinterbliebene der Getödteten waren 3 Wittwen und 8 Kinder. Die Ausgaben betragen:

Heilverfahren (7 Personen)	169,15 M.
Renten an Verletzte (100 Personen)	27660,99 „
Beerdigung (3 Personen)	259,48 „
Renten an Wittwen Getödteter (21 Personen)	5356,22 „
Abfindungen (1 Person)	—
Renten an Kinder Getödteter (49 Personen)	5976,75 „
Renten an Ehefrauen Verletzter (2 Personen)	496,42 „
Renten an Kinder Verletzter (2 Personen)	280,26 „
An Krankenhäuser (9 Personen)	407,56 „
Renten an Ausländer (1 Person)	3000,00 „
	<hr/>
	43606,83 M.
Verwaltungskosten	831,48 „
	<hr/>
	zusammen 44438,31 M.

2. Kaiserliche Werft zu Wilhelmshaven.

Versicherte Personen	6700
Unfallanzeigen	243 (36,27 pM.)
Festgestellte Entschädigungen	58 (8,66 pM.)
Bestand aus den Vorjahren	175
Gestorbene Personen	1
Dauernd völlig Erwerbsunfähige	6
Dauernd theilweise Erwerbsunfähige	51
Vorübergehend Erwerbsunfähige	—
Hinterbliebene Getödteter	
Frauen	1
Kinder	4

Ausgaben.

Heilverfahren (20 Personen)	3540,42 M.
Renten an Verletzte (216 Personen)	54360,47 „
Beerdigung (1 Person)	71,40 „
Renten an Wittwen Getödteter (14 Personen)	2271,69 „
Abfindungen an Wittwen (1 Person)	648,00 „
Renten an Kinder (33 Personen)	3846,08 „
Renten an Ehefrauen Verletzter	—
Renten an Kinder Verletzter	—
An Krankenhäuser (9 Personen)	1271,15 „
	<hr/>
	66009,21 M.
Verwaltungskosten	298,19 „
	<hr/>
	zusammen 66307,40 M.

3. Kaiserliche Werfft zu Danzig.

Versicherte Personen	2406
Unfallanzeigen	74 (30,76 pM.)
Festgestellte Entschädigungen	10
Bestand aus den Vorjahren	58
Gestorbene Personen	0
Dauernd völlig Erwerbsunfähige	0
Dauernd theilweise Erwerbsunfähige	7
Vorübergehend Erwerbsunfähige	3
Hinterbliebene Getödteter	
Frauen	0
Kinder	0

Ausgaben.

Heilverfahren (4 Personen)	33,50 M.
Renten an Verletzte (64 Personen)	14460,40 „
Beerdigung (1 Person)	70,20 „
Renten an Wittwen Getödteter (7 Personen)	1125,87 „
Abfindungen an Wittwen	—
Renten an Kinder Getödteter (6 Personen)	596,68 „
Renten an Ehefrauen Verletzter (4 Personen)	95,96 „
Renten an Kinder Verletzter (2 Personen)	16,00 „
An Krankenhäuser (3 Personen)	357,00 „
	<hr/>
	16755,61 M.
Verwaltungskosten	1684,49 „
	<hr/>
	zusammen 18440,10 M.

Für den gesammten staatlichen Werftbetrieb ergab sich demnach für das Jahr 1898 folgende Unfallstatistik.

Versicherte Personen	15213
Unfallanzeigen	493 (32,41 pM.)
Festgestellte Entschädigungen	86 (5,65 pM.)
Bestand aus den Vorjahren	326
Gestorbene Personen	4
Dauernd völlig Erwerbsunfähige	7

Dauernd theilweise Erwerbsunfähige	65
Vorübergehend Erwerbsunfähige	10
Hinterbliebene Getödteter	
Frauen	4
Kinder	12

Ausgaben.

Heilverfahren (31 Personen)	3743,07 M.
Renten an Verletzte (380 Personen)	96481,86 „
Beerdigungen (5 Personen)	401,08 „
Renten an Wittwen Getödteter (42 Personen)	8753,78 „
Abfindungen an Wittwen (1 Person)	648,00 „
Renten an Kinder Getödteter (88 Personen)	10419,51 „
Renten an Ehefrauen Verletzter (6 Personen)	592,38 „
Renten an Kinder Verletzter (4 Personen).	296,26 „
An Krankenhäuser (21 Personen)	2035,71 „
Renten an Ausländer (1 Person)	3000,00 „
	<u>126371,65 M.</u>
Verwaltungskosten	2814,15 „
	<u>zusammen 129185,80 M.</u>

Nachtrag

zu

Specielle Krankenversorgung.

I. Für Arbeiter.

3. Bei Invalidität und im Alter.

Von

Dr. **Pielicke** in Gütergotz.

Der in Band II. S. 65 erwähnte, dem Bundesrathe damals vorliegende Entwurf zur Abänderung des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes wurde im Sommer 1899 vom Reichstage angenommen und am 13. Juli 1899 als „Invalidenversicherungsgesetz“ verkündet. Das neue Gesetz trat am 1. Januar 1900 in Kraft. Mit der Namensänderung bezweckte man, auch äusserlich das innere Wesen und die Hauptthätigkeit des Gesetzes schärfer und deutlicher zu betonen: Die Fürsorge für eingetretene Invalidität der Versicherten, während die Altersrente erst in zweiter Linie steht.

Eine der wichtigsten Aenderungen des neuen Gesetzes besteht in der Erweiterung des Kreises der Versicherten. Man hat die Versicherungspflicht jetzt auch ausgedehnt auf Werkmeister, Techniker und sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, ferner auf Lehrer und Erzieher, auf Schiffsführer, soweit bei diesen Personen der regelmässige Jahresverdienst 2000 Mark nicht übersteigt. Man ist also von dem Princip abgegangen, nur solche Personen versicherungspflichtig zu machen, welche sich durch wesentlich mechanische Dienstleistungen oder körperliche Lohnarbeit ihren Lebensunterhalt erwerben; und in der That sind die Mitglieder der bezeichneten Berufe in pecuniärer Beziehung häufig ebenso und vielleicht in noch höherem Grade der öffentlichen Fürsorge bedürftig wie die gewöhnlichen Lohnarbeiter. Vorbedingung für den Versicherungszwang ist der Umstand, dass die dienstliche Beschäftigung den Hauptberuf bildet.

Für Lehrer und Erzieher hat die Versicherung mindestens in Lohnklasse IV zu erfolgen.

Ausserdem kann durch Beschluss des Bundesraths die Versicherungspflicht auch auf gewisse Gewerbetreibende ausgedehnt werden, welche durch Zwischenpersonen von Hausgewerbetreibenden für sich arbeiten lassen, wie es z. B. in der Confectionsbranche die Regel zu sein pflegt. So sind bis jetzt schon die Hausgewerbetreibenden der Tabakfabrication und der Textilindustrie durch den Bundesrath versicherungspflichtig gemacht worden.

Die freiwillige Selbstversicherung ist ebenfalls bedeutend ausgedehnt worden und zwar auf die Angestellten, welche ein Jahresgehalt von mindestens 2000 Mark und nicht über 3000 Mark beziehen, kleinere Gewerbetreibende und Hausindustrielle und schliesslich auf alle die Angestellten, welche nicht versicherungspflichtig sind, weil sie nur vorübergehend oder nur gegen freien Unterhalt beschäftigt werden. Die Selbstversicherung kann in allen Lohnklassen erfolgen, die Zusatzmarke fällt fort.

Die Invalidenrente wird gewährt bei dauernder Erwerbsunfähigkeit oder, wenn der Versicherte während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist. Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit ist vereinfacht worden, sonst jedoch im Wesentlichen derselbe geblieben. Wichtig ist, dass bei ununterbrochener Erwerbsunfähigkeit jetzt schon nach 26 Wochen (früher nach 1 Jahre) Invalidenrente gegeben wird. Mit dieser Bestimmung ist ein näherer Anschluss an die Krankenversicherung, welche gesetzlich 13 Wochen Unterstützung zu gewähren hat, erstrebt und erzielt worden. Der noch bestehende Zwischenraum von 13 Wochen, welcher zwischen dem Ablauf der Krankenversicherung und dem Beginn der Invalidenrente besteht, wird voraussichtlich nach der neuen Novelle des Krankenversicherungsgesetzes, die zur Zeit dem Reichstage vorliegt, ganz fortfallen, da man die Absicht hat, die Krankenkassenleistungen auf 26 Wochen auszudehnen. Es würde dann der erkrankte und hilfbedürftige Versicherte direkt aus der Fürsorge der Krankenkasse in die der Invaliditätsanstalt übertreten.

Eine weitere wichtige Aenderung zu Gunsten der Versicherten besteht in der Erweiterung, welche die Ausübung der Krankenfürsorge erfahren hat. Die Versicherungsanstalt hat das Recht, in den geeignet erscheinenden Fällen für ihre Versicherten ein ausgedehntes Heilverfahren einzuleiten, auch für solche, welche noch der gesetzlichen Krankenversicherung unterstehen. Bei Verheiratheten oder solchen Kranken, die ein wichtiges Mitglied des Familienhaushaltes bilden, bedarf es deren Zustimmung. Sie können also einem Krankenhause, einer Anstalt für Genesende oder einem eigens für die besonderen Zwecke der Versicherungsanstalt eingerichteten Sanatorium überwiesen werden. Alle Verpflichtungen der Krankenkasse gehen dann auf die Versicherungsanstalt über, also auch die Zahlung des halben Krankengeldes an die

Familienangehörigen, und müssen von der Krankenkasse ersetzt werden. Für Versicherte, wie Dienstboten und ländliche Arbeiter, welche nicht der gesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, muss die Versicherungsanstalt eine Familienunterstützung in Höhe von einem Viertel des ortsüblichen Tagelohnes gewähren; erhält der Versicherte schon Invalidenrente, so kann diese auf die Familienunterstützung angerechnet werden. Umgekehrt kann auch wiederum die Versicherungsanstalt von der Krankenkasse höhere als die gesetzlichen Aufwendungen für ein erkranktes Mitglied verlangen; sie muss aber dann diese Mehrleistungen der Kasse ersetzen.

Entzieht sich der Versicherte ohne gesetzlichen triftigen Grund, nachdem er auf die Folgen hingewiesen worden ist, dem Heilverfahren, und kann ihm nachgewiesen werden, dass durch sein Verhalten die Invalidität eingetreten ist, so kann ihm die Rente ganz oder theilweise versagt werden.

Ein Rentenempfänger, der schon invalide ist, kann ebenfalls einem Heilverfahren unterzogen werden, ihm wird seine Invalidenrente als Familienunterstützung angerechnet.

Diese Bestimmungen geben den Versicherungsanstalten nicht nur das Recht in ausgiebigster Weise für ihre erkrankten Versicherten zu sorgen, sondern auch die Macht, die Segnungen des Heilverfahrens kleintlichen oder thörichten Vorurtheilen gegenüber zu sichern und durch die gesetzliche Anordnung der Unterstüzung der Angehörigen letztere in der Krankheit ihres Ernährers vor der härtesten Noth zu schützen. Diese Ausdehnung der Krankenfürsorge kann, richtig angewandt, ein grösserer Segen für die Versicherten werden als die Invalidenrente selbst, und wird sicherlich das Invalidenversicherungsgesetz im Volke populärer machen, als alle anderen Paragraphen zusammen es vermögen. Statt der Invalidenrente kann dem Rentenempfänger auf seinen Antrag hin Aufnahme in einem Invalidenhaus gewährt werden.

Auch bezüglich der Voraussetzung des Anspruches auf Rente sind für die Versicherten wesentliche Erleichterungen eingetreten.

Die Wartezeit für die Invalidenrente ist von 235 auf 200 Beitragswochen herabgesetzt, d. h. falls mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet sind; anderenfalls muss eine Wartezeit von 500 Beitragswochen nachgewiesen werden, der Begriff des Beitragsjahres ist gänzlich fortgefallen.

Für die Altersrente brauchen nur 1200 statt 1410 Beitragswochen nachgewiesen werden.

Die Beitragsleistung erfolgt wie früher nach Beitragswochen, und zwar ist bestimmt, dass die Beitragswoche mit dem Montag einer jeden Kalenderwoche beginnt. Krankheitswochen rechnen mit als Beitragswochen im Gegensatz zu früher auch für solche Krankheiten, welche „durch geschlechtliche Ausschweifungen“ verursacht sind.

Die Beiträge sind nach Lohnklassen und zwar zunächst für die Zeit bis zum 31. December 1910, demnächst für je zehn weitere Jahre

durch den Bundesrath unter Zustimmung des Reichstages festgesetzt und zwar einheitlich für das ganze Reich. Sie betragen

in Lohnklasse I . . .	14 Pfennig
„ „ II . . .	20 „
„ „ III . . .	24 „
„ „ IV . . .	30 „
„ „ V . . .	36 „

Die ersten drei Lohnklassen sind dieselben geblieben. Die Lohnklasse IV gilt für Versicherte mit einem Jahresverdienst von 850 bis 1150 Mark, die neue Lohnklasse V für Leute mit mehr als 1150 Mark Jahresverdienst. Als Jahresverdienst gilt wie früher nicht das thatsächliche Einkommen, sondern ein Durchschnittssatz, Lehrer und Erzieher gehören in die IV. Lohnklasse, sobald sie aber mehr als 1150 Mark verdienen, in die V. Klasse. Der Versicherte kann die Versicherung in einer höheren als der gesetzlichen Lohnklasse von seinem Arbeitgeber beanspruchen, muss dann aber das Plus an Beitrag selbst bezahlen. Die Entrichtung der Beiträge in Form von Marken ist beibehalten worden; diese Marken können jetzt aber auch zu anderen als den aus den Lohnzahlungen sich ergebenden Terminen beigebracht werden, müssen jedoch spätestens in der letzten Woche des Kalenderjahres oder bei Beendigung des Arbeits- oder Dienstverhältnisses eingeklebt werden. Die einzelnen Versicherungsanstalten können über die Termine besondere Bestimmungen treffen. Die Marken können sich auch auf einen Zeitraum von 2 und mehr Wochen erstrecken, müssen dann aber nach dem Einkleben entwerthet werden. Das Einkleben der Marken in die Quittungskarte liegt im Allgemeinen dem Arbeitgeber ob, der Arbeitnehmer hat sich dagegen die Quittungskarte zu verschaffen; sie bietet Raum für mindestens 52 (früher 47) Beitragsmarken und verliert ihre Gültigkeit nach 2 (früher 3) Jahren. Der Inhalt der Quittungskarten kann von der Versicherungsanstalt in Sammelkarten (Conten) aufgerechnet, die Quittungskarten selbst vernichtet werden.

Die Berechnung der Renten ist ebenfalls verändert. Die Invalidenrente besteht, wie früher, aus einem Reichszuschuss von 50 Mark und einem Grundbetrage, dem die der Zahl der Beitragswochen entsprechenden Steigerungssätze hinzugerechnet werden. Der Grundbetrag der Rente, welcher früher für alle Lohnklassen derselbe war und 60 Mark betrug, ist jetzt verschieden je nach der Verschiedenheit der Lohnklassen.

Er beträgt

für Lohnklasse I . . .	60 Mark
„ „ II . . .	70 „
„ „ III . . .	80 „
„ „ IV . . .	90 „
„ „ V . . .	100 „

Auch die Steigerungssätze für die einzelnen Beitragswochen sind abgeändert; sie betragen

in Lohnklasse I . . .	3 Pfennig (früher 2)
„ „ II . . .	6 „ („ 6)

in Lohnklasse III	8 Pfennig (früher 9)
„ „ IV	10 „ („ 13)
„ „ V	12 „

Durch diese Aenderung und Einführung des verschiedenen Grundbetrages für die einzelnen Lohnklassen wird bewirkt, dass die Renten für die höheren Lohnklassen schon anfänglich erheblich höher sind als die für die niederen Lohnklassen und nicht allein durch die Zahl und Höhe der Wochenbeiträge bestimmt werden.

Auch für die Berechnung der Altersrente sind verschiedene Grundbeträge maassgebend:

für Lohnklasse I	60 Mark
„ „ II	90 „
„ „ III	120 „
„ „ IV	150 „
„ „ V	180 „

Sind Marken verschiedener Lohnklassen verwendet worden, so wird der Durchschnittsbetrag berechnet. Zu diesem Grundbetrage der Rente kommt hinzu der Staatsbeitrag von 50 Mark, die Steigerungssätze fallen fort. Die Rente kann höchstens ein Jahr nach Stellung des Rentenanspruches nachgezahlt werden. Stirbt ein Versicherter, dessen Rentenanspruch noch zu seinen Lebzeiten bei der zuständigen Behörde eingegangen war, so ist für die Fortsetzung des Rentenverfahrens und zum Bezuge der Rente bis zum Todestage der Ehegatte oder der gesetzliche Erbe berechtigt.

Die Erstattung der Hälfte der geleisteten Beiträge wird weiblichen Personen bei Eingehung der Ehe gewährt, falls die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen statthaben; ebenso Versicherten, welche durch einen Betriebsunfall dauernd erwerbsunfähig geworden sind und keinen Anspruch auf Invalidenrente haben; ebenso den rechtlichen Erben solcher Personen, welche vor der Bewilligung der Rente verstorben sind.

Durch übereinstimmenden Beschluss des Vorstandes und Ausschusses der Versicherungsanstalt können die Ueberschüsse des Sondervermögens zu den verschiedensten Nebenleistungen im Interesse der Versicherten, ihrer Angehörigen oder der Rentenempfänger verwendet werden. So kann die Krankenunterstützung erhöht werden, für Arbeiter-Wohlfahrts-einrichtungen Hypotheken bis zur vollen Höhe des Werthobjectes oder zu einem besonders niedrigen Zinsfuss gegeben werden. Alle diese Beschlüsse bedürfen jedoch der Genehmigung des Bundesrathes.

Die Anwartschaft auf Rente erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstag eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder die freiwillige Weiterversicherung nicht bestanden hat.

Erhält ein Rentenempfänger eine Armenunterstützung von seiner Gemeinde, so kann letztere die Hälfte der Rente als Ersatz für ihre Aufwendungen beanspruchen; gewährt die Gemeinde dem Rentenempfänger

ger volle Verpflegung in einer Anstalt, so hat sie Anspruch auf die ganze Rente. Bisher waren die Verhältnisse so geregelt, dass die Gemeinde stets die volle Rente beanspruchen konnte, der Rentenempfänger ist also jetzt formell günstiger gestellt. Nur formell deswegen, weil die Gemeindeverwaltung ihm ja die Armenunterstützung um den halben Betrag der Rente kürzen kann.

In der Durchführung der Invalidenversicherung sind keine wesentlichen Veränderungen vorgenommen worden, nur sind der Staatscommissar, die Vertrauensmänner und der Aufsichtsrath in Fortfall gekommen. Die Functionen der unteren Verwaltungsstelle (also des Magistrates oder Landrathsamtes) sind erheblich erweitert worden. Ihnen liegt ausser ihrer früheren Thätigkeit noch ob: die Vorbereitung der Rentenanträge, der Anträge auf Beitragerstattungen. Die Begutachtung von der Einstellung der Rentenzahlungen, die Anzeigepflicht bezüglich geeigneter Fälle für Uebernahme des Heilverfahrens und Rentenentziehung und schliesslich die Auskunftsertheilung über alle die Invalidenversicherung betreffenden Angelegenheiten. Alle diese Functionen können auf besondere örtliche Organe der Versicherungsanstalten, die Rentenstellen, übertragen werden. Die Einrichtung dieser Rentenstellen ist nur facultativ und erfolgt grundsätzlich durch den Vorstand der Versicherungsanstalt unter Zustimmung des Ausschusses, des Gemeindeverbandes oder der Landescentralbehörde. Der Vorstand führt auch die Aufsicht über die Rentenstelle und kann ihr die Controlle über die Beitragsentrichtung und andere Functionen übertragen. Jede Rentenstelle besteht aus einem ständigen Vorsitzenden, gewöhnlich einem Gemeindebeamten, seinem Stellvertreter, je 4 Arbeitern und Arbeitgebern und Hilfsbeamten der Versicherungsanstalt. Die Rentenstelle ist befugt, Zeugen und Sachverständige uneidlich zu vernehmen, die Kosten des Verfahrens und der Rentenstelle überhaupt fallen der Versicherungsanstalt zur Last.

Die untere Verwaltungsstelle oder die Rentenstelle hat alle Rentenanträge gründlich vorzubereiten, alle strittigen Fragen bezüglich der Versicherungspflicht oder des Versicherungsrechtes, bezüglich des Grades der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers zu begutachten, so dass der Vorstand ohne Weiteres auf Grund des ihm gebotenen Materials die Entscheidung treffen kann. Fällt das Gutachten der unteren Verwaltungsstelle voraussichtlich ungünstig für den Versicherten aus, so muss letzterer von dem Termine benachrichtigt werden. Die Verhandlung ist stets eine mündliche und findet in Anwesenheit je eines Vertreters der Arbeitgeber und Arbeitnehmer statt.

In der Zusammensetzung des Vorstandes der Versicherungsanstalten ist dahin eine Aenderung getroffen worden, dass jetzt die Aufnahme von Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer obligatorisch ist.

Die Versicherungsanstalten führen jetzt den Namen „Landes-Versicherungsanstalt“.

Der Aufsichtsrath und die Vertrauensmänner sind als unnöthig fortgefallen.

Die Zusammensetzung des Ausschusses ist im Wesentlichen dieselbe geblieben, nur geschieht die Wahl seiner Mitglieder jetzt nicht mehr durch die Krankenkassen, sondern durch die Vertreter der unteren Verwaltungsbehörden und Rentenstellen.

Die Anzahl der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in den Organen der Versicherungsanstalt muss stets gleich sein.

Das Verfahren der Rentenfeststellung ist wesentlich vereinfacht worden dadurch, dass das Institut der Vertrauensmänner fortgefallen ist, auch brauchen die Krankenkassenvorstände nicht mehr gehört zu werden. Der Rentenanspruch kann bei der unteren Verwaltungsbehörde oder bei der Rentenstelle des Wohnortes oder Beschäftigungsortes des Versicherten eingebracht werden.

Die Verrechnung der Renten findet durch die Rechnungsstelle (früher Rechnungsbureau) des Reichsversicherungsamtes statt. Sie vertheilt nach bestimmten Vorschriften die Renten auf das Reich, das Gemein- und Sondervermögen der einzelnen Anstalten.

In der Vermögensverwaltung der Versicherungsanstalten sind besonders wichtige und einschneidende Aenderungen vorgenommen worden. 40 pCt. der gesammten Einnahmen und des Vermögens werden vom 1. Januar 1900 als Gemeinvermögen buchmässig ausgeschieden und dienen zur Deckung der Gemeinlast, d. h. der Rentenlast, welche von allen Versicherungsanstalten gemeinsam getragen werden soll. Diese Gemeinlast besteht aus drei Vierteln sämmtlicher Altersrenten, den Grundbeträgen der Invalidenrenten, den Rentensteigerungen infolge von Krankheitswochen und den Rentenabrundungen.

60 pCt. des Vermögens verbleiben den Anstalten als Sondervermögen zur Bestreitung der Sonderlast, d. h. eines Viertels der Altersrenten, der Steigerungssätze der Invalidenrenten, abgesehen von den Krankheitswochen, der Beitragserstattungen und der Krankenfürsorge. Diese Trennung des Vermögens erfolgt nur buchmässig, dabei ist jedes Vermögen gesondert zu verwalten. Das bis zum 1. Januar 1900 angesammelte Vermögen der Anstalten verbleibt ihnen als Sondervermögen.

Durch diese Einrichtung des Gemeinvermögens will man die grossen Unterschiede ausgleichen, welche sich zwischen den Vermögen der einzelnen Anstalten im Laufe der 10 Jahre gebildet haben.

Das Vermögen der Anstalten soll im Allgemeinen nur in mündelicher Weise angelegt werden, jedoch kann im Gegensatz zu früher jetzt die Hälfte des Vermögens unter bestimmten Voraussetzungen auch in anderer Weise z. B. in Grundstücken und vornehmlich in Instituten, welche der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu Gute kommen, angelegt werden.

Das wären in Kürze die wesentlichsten Veränderungen, welche das Gesetz erfahren hat. Wie man sieht, erstrecken sie sich im Allgemeinen nur auf eine Abstellung der auffallendsten Missstände; eine grundlegende

Reform, wie sie von vielen Seiten, auch von ärztlicher Seite, verlangt wurde, ist nicht durchgeführt worden. Jedoch ist diesen ärztlichen Forderungen ein gewisses Entgegenkommen gezeigt worden. So hat man die Rente wegen ununterbrochener Invalidität schon nach 26wöchiger Krankheit gewährt, so dass jetzt nur noch ein Zeitraum von 13 Wochen zwischen dem Erlöschen der Krankenkassenfürsorge und dem Beginn der Fürsorge seitens der Versicherungsanstalt besteht. Die Uebernahme des Heilverfahrens ist erweitert und gesetzlich festgelegt mit der Bestimmung, dass eine Angehörigenunterstützung gewährt werden muss. Eine engere Verbindung mit der Krankenversicherung ist dadurch geschaffen, dass die Versicherungsanstalt der Krankenkasse das Heilverfahren völlig abnehmen und sich die Kosten in der gesetzlichen Höhe von ihr erstatten lassen kann. Durch diese Bestimmung treten die Versicherten, die Kassenvorstände und Kassenärzte in eine viel engere Berührung mit der Invalidenversicherung als früher. Die Thätigkeit der Kassenärzte in der Begutachtung und Auswahl der Fälle, die sich für ein Heilverfahren eignen oder die als aussichtslos für die Einleitung des Rentenverfahrens vorgeschlagen werden, wird eine viel grössere als früher werden, zumal da jetzt der Rentenanspruch schon nach 26 Wochen eintritt, also von einer viel grösseren Zahl von Versicherten ausgehen wird. Auch die Durchführung des Heilverfahrens in den Sanatorien der Versicherungsanstalten wird eine grössere Zahl ärztlicher Kräfte absorbiren. Im Gesetz selbst wird zwar die ärztliche Thätigkeit an keiner Stelle ausdrücklich erwähnt, jedoch ist es natürlich und auch bisher in der Praxis so gehalten worden, dass zur Feststellung der Frage der Erwerbsfähigkeit oder drohender Invalidität die Thätigkeit des ärztlichen Sachverständigen unumgänglich nothwendig ist. Zur Feststellung dieser Fragen haben die Organe der Versicherungsanstalt, die untere Verwaltungsstelle, die Rentenstelle, der Vorstand, das Schiedsgericht etc. gesetzlich das Recht, ärztliche Sachverständige eidlich und uneidlich zu vernehmen.

Bei der grossen Zahl der Versicherten der Invalidenversicherung wird die Thätigkeit der Aerzte sehr häufig in Anspruch genommen werden; es ist daher unumgänglich nöthig, dass letztere sich allmähig eingehender als bisher mit dem Wesen und dem Geiste des Gesetzes vertraut machen, damit sie im Stande sind die neuen ihnen zugefallenen Aufgaben in der richtigen Weise zu lösen im Interesse der versicherten Bevölkerung und nicht zum geringsten Theile im Interesse des ärztlichen Standes selbst.