Krieg und Gesundheitsfürsorge.

Von Stadtrat A. Gottstein in Charlottenburg.

(Schluß aus Nr. 42.)

Nach außen nicht immer ausreichend kenntlich war bei den bestehenden Organisationen die Bedeutung ärztlicher und hygienischer Forschung. Aber nur bei oberflächlicher Betrachtung, denn nicht ein Schritt vorwärts war möglich, wenn er sich nicht auf die sicheren Feststellungen klinischer oder hygienischer Forschung stützte, nicht eine Frage konnte in Angriff genommen werden, ohne daß die ärztlich geschulten Mitarbeiter die Unterlagen beibrachten, nicht eine Teilarbeit war praktisch denkbar ohne stete Heranziehung ärztlicher Methoden. Ohne die Mitwirkung geschulter Kinderärzte, die mit den Erfahrungen über Säuglingsernährung vertraut sind, ist die Beratung von Müttern undenkbar; die Eindämmung der Schuldiphtherie setzt die Ausscheidung der Bazillenträger durch Mitarbeit der bakteriologischen Untersuchungsämter voraus, die rein soziale Schulkinderspeisung muß die Berechnung des Nährwertes der verabreichten Mahlzeit be-

rücksichtigen. Wer Tuberkulosefürsorge betreiben will, muß alle Fortschritte der klinischen Diagnostik und Prognostik eifrigst verfolgen, um nicht die schlimmsten Fehlschläge zu erfahren. Medizin und Hygiene haben im Interesse des Gelingens den Anspruch auf Vorherrschaft bei der Tagesarbeit auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge.

Die Einzelheiten dieser Organisationen sind an vielen Stellen niedergelegt, so im Handwörterbueh der Sozialen Hygiene von Grotjahn und Kaup, im Handbueh „Krankheit und soziale Lage“ von Mosse-Tugendreich und in vielen Sonderarbeiten, von denen z. B. die von L. Aseher als Beispiel genannt werden mögen.

Hier interessiert vorzugsweise die Erbringung der Beweise für den ursächlichen Zusammenhang zwischen den getroffenen Maßnahmen und der Abnahme der Sterblichkeit. Den viel wichtigeren Beweis der Erhöhung der Gesundheit der überhaupt nicht an ihrem Leben Gefährdeten muß man vorläufig, da sichere Methoden fehlen, noch schuldig bleiben, unter dem Vorbehalt, daß deren Ausbau eine wichtige Aufgabe der Zukunft ist.

Aus der erfreulichen Gelegenheit, in der Gesundheitsverwaltung einer modernen größeren Stadt Erfahrungen zu sammeln, erwächst die Pflicht, an den Beweisen mitzuarbeiten, daß und warum die für diese Aufgaben erfordernden großen Mittel dem gestellten Ziele dienen. In einer nunmehr achtjährigen Tätigkeit habe ich versucht, den Zusammenhang zwischen den neuen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge und der Abnahme der Sterblichkeit zu erbringen, nicht nur für die rein kommunalen Einrichtungen, sondern auch für diejenigen Organisationen, die, wie die staatliche Sozialversicherung, schon vor deren Entstehung die gleichen Ziele verfolgten.

Die zeitlich älteste Einrichtung ist die Krankenhausfürsorge. Es kamen in Preußen auf 10 000 Einwohner in den allgemeinen Krankenhäusern:

1885	20 Betten	120 Verpflegte
1910	40,6	330

Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung hat also eine weit über die prozentuale Zunahme hinausgehende Steigerung erfahren, und die Ausnutzung der Betten ist ausgedehnter geworden; gleichzeitig trat eine Sonderung nach Krankheitsformen ein; neben den allgemeinen Krankenhäusern wurden Genesungsheime, Tuberkulosekrankenhäuser, Anstalten für Behandlung besonderer Krankheitsformen (Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Unfallverletzte, Leichtkrankenhäuser) und besonderer Bevölkerungsschichten (Krankenkassenmitglieder, Abteilungen für besser gestellte Patienten) errichtet.

An dieser Zunahme der Krankenhausaufnahmen sind am stärksten beteiligt: Unfälle und Verletzungen; innere Erkrankungen, wenn sie durch die Fortschritte der Chirurgie einem operativen Heilungsverfahren zugänglich sind; akute Infektionskrankheiten; tödliche Erkrankungen, weil sie in der Anstalt besser versorgt sind als in der Behausung; schließlich Erkrankungen aller Art, bei denen lediglich die im Hause ungenügende Pflege die Ueberweisung in die Anstalt erfordert. Der zahlenmäßige Beweis der Wirkung dieser Steigerung der Krankenhausaufnahmen, welche den deutschen Städten Mehrausgaben von vielen Millionen auferlegt, auf die Sterblichkeit ist nicht ganz leicht; nur für zwei Krankheitsgruppen läßt er sich gut erbringen. Die relative Zahl der Unfälle hat in den letzten Jahrzehnten durch die industrielle Entwicklung um ein Vielfaches zugenommen; die relative Zahl der tödlichen Unfälle aber hat in diesem Zeitraum eine Steigerung überhaupt nicht erfahren; die Unfälle enden also heute viel seltener tödlich als früher. Die Hospitalisierung der akuten Infektionskrankheiten ist in diesen Jahrzehnten von etwa 30–40 % auf 60–70 %, für Abdominaltyphus in den Großstädten noch stärker gestiegen. Daß durch die Zuführung auch leichterer Fälle die Krankenhausletalität absank, ist eine grobenteils rechnerische Wirkung. Wohl aber steht die Abnahme der Morbidität vieler akuter Infektionskrankheiten, wie des Scharlauchs und der Diphtherie, hiermit in Zusammenhang, denn die frühzeitige Absonderung in der Anstalt mindert die Ansteckungsgefahr für die Angehörigen und die Umgebung und damit auch die Sterblichkeit der jüngsten Altersklassen.

In welchem Umfang die Entdeckungen der bakteriologischen Forschung der letzten drei bis vier Jahrzehnte unser Wissen und Können umgestaltet und gesteigert haben, das braucht gerade in dieser Zeitschrift nicht besonders bewiesen zu werden. Aber trotz der scheinbar einfachen Sachlage ist der Zusammenhang zwischen neuen Abwehrwaffen und Abnahme der Krankheits- und Sterblichkeitsziffer

meist kein unmittelbarer. Man muß hier zwischen der Vorbeugung der Massenerkrankungen und der Herabsetzung der Sterblichkeit Erkrankter durch neue, wirksame, individuelle Behandlungsmethoden unterscheiden. Auf dem ersten Gebiete liegen Erfolge vor, deren Größe sich aus der Abnahme der meisten Seuchenerkrankungen in wenigen Jahrzehnten ergibt. Ein Zweifel an der Wirksamkeit aktiver Abwehrmaßnahmen ist nicht aufrecht zu erhalten. In Betracht kommen Maßnahmen zur Verhütung der Einseleppung des Ansteckungsstoffes oder zu seiner Vernichtung in den Ausscheidungen des Erkrankten und Maßnahmen zur Herabsetzung der Empfänglichkeit der Bedrohten, sei es durch allgemeine Gesundheitsverbesserungen, sei es durch individuelle Schutzmaßnahmen, wie bei den Impfungen. Die Art der einzelnen Seuchen entscheidet über die Wahl der zweckmäßigsten Maßnahmen; meist erstreckt sich die Abwehr aber nach beiden Richtungen, zumal nach der Vertiefung unserer Kenntnisse über die Rolle der gesunden Keimträger. Durch die Vorbeugung nimmt mittelbar die Sterblichkeit ab, weil die Erkrankungen absinken, während das Verhältnis von Erkrankungen zu Todesfällen im allgemeinen unverändert bleibt. Schwieriger liegt die Frage für die Herabsetzung der Sterblichkeit durch die individuelle Behandlung der einzelnen Seuchenerkrankungen. Als Schulbeispiel gilt die Serumbehandlung der Diphtherie. Ohne daß hierdurch die klinischen Beobachtungen der überwiegenden Zahl aller Beobachter, nach denen diese Behandlung allen früheren weit überlegen ist, angezweifelt werden, lehren doch die Zahlen eines größeren Materials, daß der Rückgang im Verhältnis der Gestorbenen zu den Erkrankten nicht nennenswert größer ist als im gleichen Zeitraum bei nicht spezifisch behandelten Krankheiten, wie Scharlach; der Hauptteil der Sterblichkeitsabnahme muß also auch hier auf die Abnahme der Erkrankungen geschoben werden, er hält sich im übrigen in der Mitte zwischen der Sterblichkeitsabnahme von Typhus, Tuberkulose und Scharlach. Für die Abnahme der Sterblichkeit durch Einzelbehandlung kommt außer dem erfolgreichen Heilverfahren noch ein zweiter Faktor ernstlich in Betracht. An dem Beispiel der Krätze, bei der die Erkrankungszahlen in den bedrohten Bevölkerungskreisen seit Jahrzehnten unverändert hoch geblieben sind, läßt sich beweisen, daß es noch einer Zwischeninstanz bedarf, welche dafür sorgt, daß erfolgreiche Methoden auch an die gefährdeten Schichten herankommen. Die neuen Feststellungen über die Verbreitung des Fleckfiebers und die Methoden seiner Verhütung bilden ein zweites Beispiel für die Notwendigkeit der Berücksichtigung des sozialen Faktors.

An der Abnahme der Sterblichkeit der Seuchenerkrankungen hat also die bakteriologische Forschung und die von ihr angegebenen Methoden den Hauptanteil. Der Zusammenhang ist aber meist kein unmittelbarer, auch an sich kein einheitlicher, vor allem für jede einzelne Seuchenform verschieden.

Entscheidend ist die Sozialversicherung für die Gesundheit unseres Volkes geworden. Ihre erste und noch heute fortbestehende Wirkung beruht auf der Erleichterung der Gelegenheit zu ärztlicher Behandlung in den Anfangsformen der Erkrankung. Gesteigert wurde die Wirksamkeit dieser frühzeitigen ärztlichen Beratung durch die Entwicklung der funktionellen Diagnostik in der klinischen Medizin, welche die Erkennung und Bewertung der Anfangserscheinungen als der Vorläufer ernster Leiden, vor allem bei den Berufserkrankungen ermöglicht. Ihre zweite Wirkung beruht auf der Umprägung des medizinischen Begriffes der anatomischen Heilung in den sozialen der Erwerbsfähigkeit. Durch die Vertiefung der ärztlichen Behandlung wurde die Gesundheit der erwerbenden Kreise wesentlich gehoben. Der dritte und wichtigste Punkt ist die Ausdehnung der ärztlichen Fürsorge in der Sozialversicherung auf die vorbeugende Behandlung des Einzelfalles. Es ist ein bleibendes Verdienst des Posener Arztes Dr. Pauli, daß er als der erste Arzt auf die Möglichkeit hinwies, die gesetzlichen Bestimmungen in den Dienst dieser Aufgaben zu stellen; diese Erweiterung ärztlichen Tuns setzte sich durch, weil sie sich nicht auf unbestimmte Menschlichkeitsempfindungen, sondern auf zahlenmäßige wirtschaftliche Gewinne berufen konnte. Der Erfolg der vorbeugenden Individualbehandlung, in deren Dienst fein ausgebildete Methoden der chirurgischen und medizinischen Diagnostik und Behandlung gestellt sind, geht aus den Jahresberichten der Landesversicherungsanstalten klar hervor.

Um den sicheren Beweis für die Wirksamkeit der modernen Mütter- und Säuglingsberatungsstellen zu erbringen, bedurfte es erst des unfreiwilligen Experiments der Sommerhitze des Jahres 1911. Diese Beratungsstätten bilden die sozialen Zwischenstellen, welche die Errungenschaften der Wissenschaft den ihrer am dringendsten bedürftenden Kreisen

durch Belehrung und vorbeugende Beratung übermitteln, indem sie sie werbend in ihren Wirkungskreis einbeziehen. Sie wirken krankheitsverhindernd nur für die spezifischen Krankheiten des Säuglingsalters, die Darmerkrankungen und Ernährungsschäden, nicht aber für die akuten und chronischen Ansteckungskrankheiten. Gegen die Gefahren des Sommers sind sie zunächst machtlos, soweit Ueberhitzung der Wohnräume und Nahrungsmittelverderbnis die Zahl der Erkrankungen ebenso zahlreich bei den Fürsorgekindern als bei den nicht beratenen Säuglingen auftreten läßt; die Zahl der Sterbefälle unter diesen Erkrankten ist aber um ein Vielfaches geringer als bei den nicht beratenen Säuglingen. Der lebenserhaltende Wert der Beratungsstellen liegt also in der Erzielung zur richtigen Bewertung der ersten Krankheitserscheinungen und der Schaffung der Möglichkeit schneller und sachverständiger erster Hilfe. Im übrigen aber liegt die Bedeutung dieser Beratungsstellen in der Hebung der Gesundheit der nicht in ihrem Leben bedrohten Säuglinge. Der Erfolg der Säuglingsfürsorge und sogar der Gesundheitsgewinn der natürlich genährten Säuglinge scheint in den proletarischen Familien nach übereinstimmenden Erfahrungen von Schulärzten bis zur Erreichung des schulpflichtigen Alters teilweise wieder verloren zu gehen. Dies und die Bedrohung dieses Lebensabschnittes durch Rachitis und Skrofulose hat nach dem Vorschlag von Tugendreich neuerdings vielfach zur Einrichtung von Beratungsstellen der Kleinkinderfürsorge Anlaß gegeben, welche an die Säuglingsfürsorgestellen angegliedert sind und nach den gleichen Grundsätzen geleitet werden.

Die seit etwa 15 Jahren in Deutschland bestehende Einrichtung der schulärztlichen Versorgung, die jetzt fast überall in Stadt und Land besteht, hat in schneller Entwicklung dieselbe Umprägung erfahren wie die Hygiene selbst. Ihre ursprüngliche Aufgabe war die Verhütung der Schädigungen der unbelebten Umwelt für die Gesundheit des Schulkindes, ihre heutige überwiegende Aufgabe ist die unmittelbare Erhaltung und Erhöhung der Gesundheit des Schulkindes, gleichviel ob die ihm drohende Gefahr mit dem Schulbesuch zusammenhängt oder, wie grobenteils der Fall, mit der Schule an sich fast garnichts zu tun hat. Dazu kommt die Verhütung der Schädigung des gesunden Kindes durch das kranke. Die Methoden des Schularztes zur Hebung der Gesundheit sind die planmäßigen Untersuchungen der gesamten Schüler beim Schulbeginn und im weiteren Verlauf des Schulbesuchs, die Feststellung der Krankheitsanlagen, die dauernde Ueberwachung Kränklicher und die Ueberweisung zu rechtzeitiger Behandlung beginnender Erkrankungen; damit verbunden ist die Schulkinderspeisung bei wirtschaftlichen Notständen und ähnliche Einrichtungen mehr sozialen Charakters.

Der Hauptwert der schulärztlichen Einrichtung für die Gesundheitsforschung liegt in der methodischen und regelmäßigen Untersuchung sämtlicher Angehöriger einer bestimmten Altersgruppe und der Weiterverfolgung der Ergebnisse durch eine Reihe von Jahren. Es wird hierdurch ein wichtiges Material über die Bedeutung oder Bedeutungslosigkeit bestimmter aus der Breite des Normalen fallender Erscheinungen gewonnen, die Ausdehnung krankhafter Vorgänge in bestimmten Lebensjahren festgestellt und die Beziehung gewisser Anlagen zu Erkrankungen späterer Lebensabschnitte aufgedeckt. Voll methodisch ausgenutzt aber ist das hier angesammelte wertvolle Material bisher noch nicht. Vor allem ist der zahlenmäßige Beweis für den Einfluß der Schularzteinrichtung auf die Volksgesundheit, an dem an sich kein Zweifel besteht, noch zu erbringen.

Die Ausdehnung der Gesundheitsfürsorge auf das Alter nach beendeter Schulpflicht, erst in den letzten Jahren ernstlich in Angriff genommen, nahm einen schleppenden Verlauf. Und doch ist hier die Fürsorge noch wichtiger als im schulpflichtigen Alter, dessen Lebensbedrohung die geringste aller Altersklassen ist, während nach Beendigung des 15. Lebensjahres eine Reihe ernster Gesundheitsgefahren für beide Geschlechter in steilem Aufstieg einsetzt. Es liegt die ernste Absicht vor, hier die dringend erforderliche Organisation im Anschluß an die Fortbildungsschule zu schaffen, und die ersten

Schritte sind schon auf dem Boden der Feststellungen namentlich von J. Kaup getan.

Was den Kampf gegen die Tuberkulose betrifft, so liegen die Endergebnisse in wichtigen Zahlen klar zutage.

Sterblichkeit an Tuberkulose in Preußen.

Auf 10 000 Lebende	Auf 100 Todesfälle	Auf 10 000 Lebende	Auf 100 Todesfälle
1890 28,35	11,72	1910 15,29	9,48
1895 23,26	10,69	1911 15,12	8,79
1900 21,13	9,47	1912 14,58	9,41
1905 19,13	9,68	1913 13,65	9,16

Die Volkssuche zeigt also in 25 Jahren ein außerordentlich steiles Absinken und mit Ausnahme der letzten Jahre einen etwas stärkeren Abfall als die Gesamtheit der anderen Todesursachen, wobei sie freilich nicht allzuweit von diesen abweicht; sie ist also im wesentlichen eine Teilerscheinung dieser allgemeinen Abnahme der Sterblichkeit, die im Jahre 1898 auf 1000 Lebende 24,0, im Jahre 1913 aber 14,9 betrug. Man wird demnach die überwiegenden Gründe für die Abnahme der Tuberkulose in allgemeinen Einwirkungen zu suchen haben, die auf eine Vielheit von Erkrankungsursachen gleichartig wirken.

In Frage kommen die Verminderung der Ansteckungsgefahr, die Gelegenheit zur Erkennung und Behandlung der Anfangsfälle, die Absonderung der vorgeschrittenen Erkrankungen, und schließlich die von unmittelbarer ärztlicher und hygienischer Einwirkung unabhängige Hebung der Lebensbedingungen. Es ist mißlig, den jahrzehntealten Streit wieder anzufachen, welcher Einfluß im Vordergrund steht. Wie der ärztliche Praktiker bei einem schweren Einzelfalle, wie z. B. von Tetanus, keinen reinen Versuch über die Wirksamkeit eines einzelnen, vom Laboratorium empfohlenen Heilmittels macht, sondern alle wirksamen Hilfsmittel, auch die rein symptomatischen, heranzieht, so hat der praktische Hygieniker die Pflicht, alle Indikationen zu berücksichtigen; er darf höchstens nachträglich durch Kritik der Ergebnisse der Massenbeobachtung seine Schlüsse ziehen. Im übrigen soll gerade der praktische Hygieniker bei der Tuberkulosebekämpfung die vielen kleinen Hilfsmittel nicht unterschätzen. So hat sich z. B. für Charlottenburg ergeben, daß die widrigen wirtschaftlichen Verhältnisse des letzten Stadiums der Tuberkulose zu einer Wohnungsüberfüllung führen, die größer ist als die in Familien von gleich ungünstiger Lage, und daß hier die Neigung besteht, durch Aufnahme jugendlicher Schlafburschen die fehlenden Einnahmen zu ersetzen. Eine Mietsunterstützung in solchen Fällen, welche auf Untervermietung verzichten läßt, beseitigt nicht nur die Ansteckungsgefahr für die Schlafburschen, sie läßt weiter eine gewisse Absonderung der Schwerkranken zu und ermöglicht durch Beseitigung der Ueberfüllung größere Reinlichkeit.

Im übrigen wird der Ausgang des Krieges und die Gestaltung der wirtschaftlichen Verhältnisse in den nächsten Jahren nach seiner Beendigung den Streit entscheiden, ob die spezifischen Maßnahmen oder die allgemeinen Gesundheitsbesserungen mehr zum Absinken der Tuberkulosesterblichkeit beigetragen haben.

Die in dem letzten Jahrzehnt in einzelnen Bundesstaaten und größeren Städten organisierte Wohnungspflege wird im einzelnen durch Einschränkung von Mißständen, Erziehung zu zweckmäßiger Wohnweise, Bekämpfung des Schlafstellenwesens manches Gute leisten; für die Herabsetzung der Sterblichkeit und Hebung der Volksgesundheit ist sie in ihrer heutigen Form durchaus nur als ein „kleines Mittel“ zu bezeichnen. Wenn der Angelpunkt der sozialen Hygiene die Beseitigung der Mißstände im Siedelungswesen ist, wenn immer wieder, sei es bei der Sommersterblichkeit der Säuglinge, der Herdbildung der Tuberkulose, der Häufung der akuten Infektionen in der Schuljugend, der körperlichen und sittlichen Gefährdung zu Beginn der Erwerbstätigkeit das letzte Glied der Ursachenforschung auf die Wohnverhältnisse führt, so lassen sich die schweren Fehler, die vor Jahrzehnten die Bebauungspolitik der Großstädte begangen hat, ohne tiefgreifende Umwälzungen nicht mehr ausgleichen. Wir schätzen jetzt die Bedeutung dieser Frage richtig ein, und wir müssen hoffen, daß die Zeit nach dem Kriege die radikalen Maßnahmen wenigstens für die Neugestaltungen zuläßt, die hier allein helfen können.

Eine zweckmäßige Gesundheitspolitik auf dem Gebiete der Volksernährung wird bestimmt eine neue Aufgabe der Gemeindekörperschaften nach dem Kriege werden. Man wird sich nicht mehr mit den Maßnahmen zur Verhütung von Nahrungsmittelverfälschungen zu begnügen haben. Auch mit

Markthallen und kommunalen Maßnahmen zur Erhaltung der eingeführten Nahrungsmittel in Kühlräumen und Speichern allein ist nicht ausreichend vorgesorgt. Kleine Anfänge hatten schon vor dem Kriege eingesetzt; man verwendete viel Fleiß auf das Studium der Versorgung der Städte mit Nahrungsmitteln und auf die Bedeutung der preisbildenden Einflüsse, man ging zum eigenen Einkauf über, um preisbestimmend einzuwirken, und hatte Erfolge, wenn der Kleinhandel einem Sinken der Preise nur widerwillig und zögernd folgte. Das unfreiwillige Experiment über „Wandlungen der Volksernährung“ während dieses Krieges hat den Physiologen und Hygienikern unschätzbare Material geliefert; aber erst die ruhige Arbeit nach dem Kriege wird gestatten, es nutzbringend zu verarbeiten; man wird dann erkennen, wie großzügig vielfach die Organisation gewesen, wie schwer aber sich anscheinend kleine Fehlerquellen übersehener Faktoren rächten, vor allem wie unentbehrlich die Mitarbeit des praktischen Hygienikers ist. Man wird aus der Verarbeitung der gewonnenen Erfahrungen auch zu schließen haben, daß die Anpassungsfähigkeit der normalen Gesundheit an veränderte Bedingungen im allgemeinen doch erheblich größer auf diesem Gebiete ist, als man bisher in friedlichen Zeiten annahm. Freilich muß man schon heute feststellen, daß die Ansprüche der wachsenden Jugend, wenigstens in den letzten Monaten, nicht diejenige Berücksichtigung erfahren konnten, die sie als die Hoffnung der Zukunft beanspruchen durften.

Schluß. In der Zusammenfassung ergibt sich, daß sämtliche Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, so verschiedenartig ihre Zweige sind, dennoch zwei verhältnismäßig einfache Grundsätze gemeinsam haben. Sie ziehen erstens die von irgendeiner spezifischen Gesundheitsgefahr bedrohten Gesellschaftsgruppen, durch gebotene Vorteile verschiedener Art werbend, zur ärztlichen Untersuchung und Beratung so frühzeitig heran, daß der Gefährdete sich der ihm bevorstehenden Gefahr oft genug noch nicht bewußt war und daß die Behandlung und Vorbeugung in einem Erfolg versprechenden Stadium einsetzen kann. Und sie schieben zweitens sich als Zwischenglied zwischen die tatsächlichen Errungenschaften der Forschung und diejenigen Bevölkerungskreise, denen sie zugutekommen sollen, ein, indem sie diese Ergebnisse praktisch verwertbar umgestalten und durch Belehrung und Erziehung auf die bedrohten Kreise wirken lassen. Die Maßnahmen der werbenden Heranziehung der bedrohten Schichten, zuweilen unter Gewährung besonderer Vorteile, rechtfertigen sich dadurch, daß in den modernen Menschenanhäufungen die Gesundheitsschädigung des einzelnen, und zwar des Gleichgültigen mehr als des Sorgsamen, eine gesundheitliche oder wirtschaftliche Schädigung der Gesamtheit bildet.

Alle diese Schöpfungen erweitern die Aufgaben des Arztes, der nach seiner Standesauffassung eigentlich erst dann die Kranken in Behandlung nehmen darf, wenn sie sich freiwillig an ihn wenden; aber diese Ausdehnung des Wirkungskreises der Aerzte wird ohne Schädigung des ärztlichen Ansehens unbedenklich, weil öffentliche Körperschaften im Interesse der Allgemeinheit die Auftraggeber des einzelnen Arztes sind.

Der Weltkrieg wird nach seiner Beendigung die Aerzte vor neue, große, stolze Aufgaben stellen; sie werden in erster Linie berufen sein, am Wiederaufbau der in ihrer Zusammensetzung ernstlich betroffenen Gesellschaft zu arbeiten; die Leistungen der letzten Jahrzehnte bürgen dafür, daß der große Moment ein starkes Geschlecht vorfinden wird. Wir sind in der glücklichen Lage, auf vorgezeichneten Bahnen weiterzuschreiten. Der kühne Traum, der dem jungen Virchow vorschwebte, als er in seinen Jugendaufsätzen den Arzt als den wichtigsten Berater einer körperlich und geistig sich harmonisch entwickelnden Gesellschaft hinstellte, wird jetzt zur Wirklichkeit. Die Aerzte der nächsten Zukunft werden nicht mehr die Zeit und die Lust haben, ihren Scharfsinn und ihre Kraft in wirtschaftlichen Kämpfen zu zersplittern, sie werden sich zu dem Worte unseres Lehrers Ernst v. Bergmann bekennen, daß die wirtschaftliche Stellung des Arztes am wirksamsten gehoben wird durch Vermehrung des Wissens und Könnens. Denn die Aerzte werden in der nächsten Zukunft nicht mehr allein die Helfer der Erkrankten sein,

sondern in viel größerem Umfange die Erzieher und Berater der Gesunden und Gefährdeten.