

Außergewöhnlich hoch ist der Anteil der Studentinnen an den Kunst- und Musikhochschulen mit je 42 vH. Die künstlerische Ausbildung an Kunst- und Musikhochschulen findet demnach beim weiblichen Geschlecht einen noch stärkeren Anklang als das wissenschaftliche Studium an Universitäten, die in Baden-Württemberg 31 vH Frauen unter den Studierenden

Immatrikulierte Studierende an den Kunst- und Musikhochschulen in Baden-Württemberg 1951/52 bis 1961/62

Wintersemester	Kunsthochschulen		Musikhochschulen		Zusammen	
	insgesamt	Ausländer	insgesamt	Ausländer	insgesamt	Ausländer
1951/52	561	7	920	21	1 481	28
1952/53	570	13	829	19	1 399	32
1953/54	592	22	859	46	1 451	68
1954/55	621	23	891	43	1 512	66
1955/56	651	22	1 017	65	1 668	87
1956/57	676	26	1 160	82	1 836	108
1957/58	659	28	1 233	110	1 892	138
1958/59	731	38	1 260	130	1 991	168
1959/60	854	79	1 202	118	2 056	197
1960/61	942	70	1 193	105	2 135	175
1961/62	908	74	1 229	122	2 137	196

aufweisen. Der Anteil der Ausländer lag mit 8 vH bei den Kunsthochschulen und mit 10 vH bei den Musikhochschulen etwas unter der Quote der wissenschaftlichen Hochschulen (11 vH).

Die Entwicklung der Kunst- und Musikhochschulen ist in den letzten Jahren durch ein stetiges Anwachsen der Studierendenzahl gekennzeichnet, so daß im Wintersemester 1961/62 die Kunsthochschulen 62 vH und die Musikhochschulen 34 vH Studierende mehr zählten als vor zwanzig Semestern. Bei einzelnen Hochschulen ist die Entwicklung allerdings nicht so gleichmäßig steigend verlaufen, zumal die Heidelberger Musikhochschule erst seit 1954, die Mannheimer erst seit 1956/57 und die Ulmer Hochschule erst seit 1959/60 in die Hochschulstatistik einbezogen wurden, dagegen die Akademie der bildenden Künste Freiburg im Jahr 1956 ihre Selbständigkeit verlor und dadurch aus der statistischen Erhebung ausschied. Stuttgart nimmt durch die große Zahl der Besucher der Kunstakademie und der Musikhochschule eine besondere Stellung ein; im letzten Wintersemester waren auf den beiden Hochschulen in Stuttgart 971 Studierende, das entspricht einem Anteil von 45 vH der Kunst- und Musikhochschüler im ganzen Land Baden-Württemberg.

Dr. Adolf Würth

Gesundheitliche Verhältnisse der Bevölkerung

Die Frage nach Gesundheit oder Krankheit einer Millionenbevölkerung stößt auf eine Fülle verschiedenartigster, mehr oder weniger isolierter und vor allen Dingen subjektiv sehr unterschiedlich gewerteter Erscheinungen, die sich einer allgemeinen Erfassung und Beurteilung weitgehend entziehen. Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten ist von der amtlichen Medizinalstatistik niemals zu erwarten, daß sie ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand der Landesbevölkerung zu bieten vermag. In der folgenden Darstellung, die sich ausschließlich auf die medizinalstatistischen Ergebnisse für die Zeit von 1952 bis 1961 stützt, kann es sich demnach nur darum handeln, gewisse Einblicke in die gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung unseres Landes zu geben, und zwar auch nur für die Teilbereiche, auf die sich die medizinalstatistischen Erhebungen tatsächlich erstrecken.

Höhere Lebenserwartung

Da sich allgemeine Krankheitsstatistiken außer bei meldepflichtigen Krankheiten für die gesamte Bevölkerung praktisch nicht durchführen lassen, bildet die Statistik der Sterbefälle in Verbindung mit der Todesursachenstatistik die wichtigste Erkenntnisquelle für die Beobachtung der gesundheitlichen Verhältnisse der Bevölkerung.

In dem Jahrzehnt von 1952 bis 1961 starben in Baden-Württemberg jährlich zwischen 70 000 und 80 000 Menschen: lediglich im Jahr 1960, in dem ebenso wie 1953 und 1957 eine stärkere Grippeepidemie auftrat, stieg die Zahl der Sterbefälle auf 82 300 an. Die auf 1000 der jeweiligen mittleren Bevölkerung berechnete Gesamtsterbeziffer bewegte sich in den Jahren 1952 bis 1961 zwischen 10,1 und 11,2. Die Schwankungen der Sterbequote waren demnach verhältnismäßig gering und lassen – über den ganzen Zeitraum hinweg gesehen – kaum eine Änderung in den Sterblichkeitsverhältnissen erkennen.

In dem Beitrag über die Bevölkerungsentwicklung¹ ist darauf hingewiesen, daß zwischen 1952 und 1961 die Altersaufstockung der Bevölkerung weiter vorangeschritten ist, das heißt, daß sich in der Gesamtbevölkerung der Anteil der älteren Leute im Berichtszeitraum merklich vergrößert hat. Dies hätte normalerweise einen Anstieg der Sterbequote auslösen müssen. Die Tatsache, daß die allgemeine Sterbeziffer in den letzten zehn Jahren nicht stieg, bedeutet daher, daß die durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung weiterhin zugenommen hat. Nach den Berechnungen, die für das

ganze Bundesgebiet durchgeführt wurden und auf unser Land übertragen werden können, stieg im letzten Jahrzehnt die durchschnittliche Lebenserwartung eines neugeborenen Knaben von 64,6 auf 66,7 Jahre und die eines neugeborenen Mädchens von 68,5 auf 71,9 Jahre. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Zunahme der Lebenserwartung hauptsächlich auf einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit zurückzuführen ist, während die Sterblichkeit bei den älteren Menschen, insbesondere bei den Männern, teilweise sogar

Tabelle 1 Sterbefälle in Baden-Württemberg 1952 bis 1961

Jahr	männlich	weiblich	insgesamt	darunter	
				im 1. Lebensjahr	in den ersten 28 Lebenstag.
Grundzahlen					
1952..	35 039	34 293	69 332	4 820	3 278
1953..	38 269	37 362	75 631	4 584	2 986
1954..	35 644	34 464	70 108	4 460	2 950
1955..	37 442	36 201	73 643	4 346	3 069
1956..	38 641	37 143	75 784	4 296	2 976
1957..	40 528	38 889	79 417	4 268	2 869
1958..	37 892	36 934	74 826	4 460	3 106
1959..	39 184	37 456	76 640	4 274	3 040
1960..	41 749	40 502	82 251	4 400	3 178
1961..	40 603	38 594	79 197	4 393	3 226

Verhältniszahlen

Jahr	auf 1000 der mittl. Bevölkerung			auf 1000 Lebendgeborene	
	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
1952..	11,3	9,7	10,4	44,3	30,1
1953..	12,1	10,3	11,2	41,4	27,0
1954..	11,0	9,3	10,1	38,9	25,7
1955..	11,3	9,6	10,4	36,8	26,0
1956..	11,6	9,8	10,7	34,1	23,6
1957..	11,9	10,1	11,0	32,8	22,0
1958..	11,0	9,5	10,2	33,3	23,2
1959..	11,1	9,4	10,2	30,3	21,6
1960..	11,5	10,1	10,8	30,3	21,9
1961..	10,9	9,4	10,1	28,8	21,2

zugewonnen hat. So haben beispielsweise nach den Sterblichkeitsverhältnissen von 1959/60 die Männer im Alter von 30 Jahren und mehr eine geringere durchschnittliche Lebenserwartung als nach den Sterblichkeitsverhältnissen von 1949/51.

Rückgang der Säuglingssterblichkeit

Der seit nahezu 90 Jahren zu beobachtende Rückgang der Säuglingssterblichkeit hielt im letzten Jahrzehnt an. Im Jahr 1952 kamen in Baden-Württemberg auf 1000 Lebendgeborene

¹ Siehe Seite 101 dieses Heftes.

Tabelle 2
Durchschnittliche Lebenserwartung der Bevölkerung im Bundesgebiet

Vollendetes Alter in Jahren	Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren			
	Männliche Personen		Weibliche Personen	
	1949/51	1959/60	1949/51	1959/60
0	64,56	66,69	68,48	71,94
1	67,80	68,31	71,01	73,17
5	64,47	64,71	67,61	69,51
15	54,98	55,05	57,99	59,74
25	45,83	45,83	48,55	50,06
35	36,80	36,56	39,26	40,51
45	27,93	27,48	30,14	31,22
55	19,85	19,14	21,50	22,39
65	12,84	12,36	13,72	14,34
75	7,28	7,10	7,68	7,92
85	3,72	3,60	4,02	3,95

noch 44,3 Sterbefälle von Kindern unter einem Jahr. Bis 1961 ist die Ziffer in einem langsamen aber stetigen Rückgang auf 28,8 abgefallen. In diesen Zahlen spiegelt sich deutlich der Erfolg, der auch während der letzten zehn Jahre in der *Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit* erzielt wurde. Einmal ist er dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu verdanken, zum andern aber auch einer Vielzahl von Maßnahmen zur Hebung und Verbesserung der wirtschaftlichen, sozialen und hygienischen Verhältnisse, mit denen für Mütter und Säuglinge die Voraussetzungen gesünderer Lebensweise sowie sorgfältigerer Hilfe und Fürsorge geschaffen wurden. Der Erfolg ist um so bemerkenswerter, als die Bekämpfung von Jahr zu Jahr schwieriger wird, weil der Anteil der Sterbefälle, die überhaupt vermieden werden können, ständig kleiner wird. Am deutlichsten ist der Rückgang der Säuglingssterblichkeit in den höheren Altersstufen der Säuglinge. Am wenigsten nahmen erklärlicherweise die Sterbequoten der am 1. Lebenstag gestorbenen Kinder ab, da diese Sterbefälle vielfach durch sogenannte endogene Todesursachen, wie angeborene Mißbildungen, allgemeine Lebensschwäche, insbesondere aber Folgen von Frühgeburten, verursacht sind, gegen die es in vielen Fällen einfach keine Hilfe gibt.

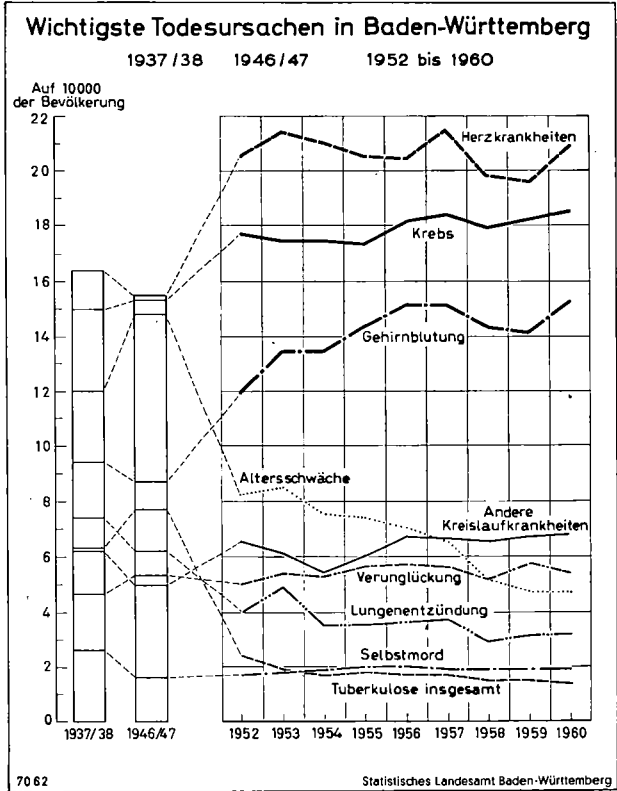
Wie der *Tabelle 3* im einzelnen zu entnehmen ist, ging die Sterblichkeit im letzten Jahrzehnt nahezu im gleichen Umfang wie bei den Säuglingen auch bei den Kleinkindern beider Geschlechter zurück, wobei aber die höhere Anfälligkeit der Knaben nach wie vor besteht. Auffallend geringfügig veränderte sich zwischen 1949/51 und 1960 die Sterberate der *männlichen Jugendlichen* zwischen 15 und 25 Jahren; sie sank von 16,7 auf 15,0 während beim weiblichen Geschlecht in derselben Altersgruppe ein Rückgang von 10,4 auf 5,5 zu verzeichnen ist. Sowohl in der Entwicklung wie in der gegenwärtigen Höhe der Sterberaten ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei dieser Altersgruppe in besonderem Maße auf die unfallbedingten Todesfälle, speziell auf Kraftfahrzeugunfälle, zurückzuführen, von denen die männlichen Jugendlichen weit stärker als ihre weiblichen Altersgenossen betroffen werden.

Wie bereits erwähnt, ist die Sterblichkeit der Männer in der zweiten Lebenshälfte während des letzten Jahrzehnts gestie-

gen. Durch die Zahlen der *Tabelle 3* wird dieser Sachverhalt bestätigt. Es läßt sich allerdings einwenden, daß die für 1960 ausgewiesene Zunahme der Sterblichkeit der Männer im Alter von über 55 Jahren und der über 75 Jahre alten Frauen etwas überhöht ist, weil diese Altersgruppen von der verhältnismäßig hohen Grippesterblichkeit des Jahres 1960 besonders betroffen wurden. Dessen ungeachtet lassen diese Zahlen in Verbindung mit den Ergebnissen von 1955 deutlich erkennen, daß sich die *Lebenschancen der Männer über 55 Jahren während des letzten Jahrzehnts tatsächlich etwas verschlechtert* haben.

Herzkrankheiten als häufigste Todesursache

Sieht man von den Säuglingsterbefällen ab, so besteht die häufigste Ursache der Todesfälle, die vor Erreichung des 45. Lebensjahres eintreten, nicht in irgendeiner Krankheit, sondern in äußeren Einwirkungen, vor allem in Unfällen. Das Bild



verschiebt sich jedoch, wenn die Gesamtzahl der Sterbefälle berücksichtigt wird. Über den gesamten Berichtszeitraum hinweg waren die *Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen die weit-aus häufigste Todesursache*. Auf sie entfielen fast jedes Jahr rund zwei Fünftel aller Sterbefälle. Von den genannten Krankheiten hatten die eigentlichen Herzkrankheiten unter den

Tabelle 3 Sterbeziffern in Baden-Württemberg 1937/38, 1949/51, 1955 und 1960 nach Geschlecht und Altersgruppen

Alter in Jahren	Gestorbene auf 10000 Lebende nebenstehenden Alters ¹⁾							
	männlich				weiblich			
	1937/38	1949/51	1955	1960	1937/38	1949/51	1955	1960
0 bis unter 1	620,0	577,4	408,6	332,9	471,7	445,5	325,2	270,9
1 bis unter 5	38,5	23,6	16,6	13,4	33,8	20,6	13,3	10,9
5 bis unter 15	13,8	7,9	5,9	5,3	11,7	5,6	4,0	3,1
15 bis unter 25	26,0	16,7	16,2	15,0	18,0	10,4	6,6	5,5
25 bis unter 45	37,6	29,3	23,8	20,1	33,0	20,7	15,9	12,9
45 bis unter 55	95,7	74,6	71,2	68,4	76,4	52,5	47,7	45,1
55 bis unter 60	180,8	149,0	153,2	150,9	141,9	99,7	87,9	81,8
60 bis unter 65	277,5	228,2	238,8	251,7	224,5	166,3	140,8	135,8
65 bis unter 70	435,5	367,2	363,1	404,8	376,5	294,2	254,4	253,2
70 bis unter 75	712,8	605,0	626,2	641,2	646,8	529,8	489,0	454,9
75 und älter	1 510,9	1 314,0	1 374,0	1 442,7	1 434,0	1 229,5	1 208,2	1 247,0
Insgesamt	119,9	113,9	112,8	115,3	110,7	98,9	96,3	100,7

¹⁾ In der Altersgruppe 0 bis unter 1 Jahr auf 10 000 Lebendgeborene.

Tabelle 4

Häufige Todesursachen in Baden-Württemberg 1952 bis 1960

Todesursache	Sterbefälle im Jahr									
	1952	1954	1956	1958	1960	1952	1954	1956	1958	1960
	Grundzahlen					Verhältniszahlen auf 10000 der Bevölkerung				
Sterbefälle insgesamt	69 332	70 108	75 784	74 826	82 251	104,4	101,1	106,9	101,6	107,6
Darunter mit der Todesursache Herz-, Gefäß- u. Kreislauferkrankungen	25 850	27 630	29 933	30 037	32 779	38,9	39,8	42,2	40,8	42,9
Darunter										
Herzkrankheiten	13 022	13 736	13 594	13 582	14 925	19,6	19,8	19,1	18,4	19,5
Gefäßstörungen des Zentralnervensystems	9 230	10 458	12 288	12 254	13 671	13,9	15,1	17,3	16,6	17,9
Krebs und andere bösartige Gewächse ..	11 749	12 073	12 820	13 199	14 102	17,7	17,4	18,1	17,9	18,5
Unfälle, Vergiftungen und Gewalt-einwirkungen	4 555	5 076	5 524	5 254	5 705	6,9	7,3	7,8	7,1	7,5
Darunter										
Kraftfahrzeugunfälle	1 304	1 509	1 803	1 599	1 907	2,0	2,2	2,5	2,2	2,5
Selbstmorde	1 141	1 305	1 385	1 394	1 420	1,7	1,9	2,0	1,9	1,9
Krankheiten der Verdauungsorgane ..	3 665	3 789	4 116	4 235	4 913	5,5	5,5	5,8	5,7	6,4
Krankheiten der Atmungsorgane	4 232	4 246	4 608	4 201	6 507	6,4	6,1	6,5	5,7	8,5
Altersschwäche	5 296	5 052	4 803	3 627	3 425	8,0	7,3	6,8	4,9	4,5
Tuberkulose	1 582	1 185	1 200	1 130	1 108	2,4	1,7	1,7	1,5	1,4

Todesursachen den größten Anteil (vergleiche Tabelle 4 und Schaubild).

Zu den Schwankungen, die sich in den einzelnen Jahren bei den Sterbeziffern zahlreicher Todesursachen zeigen, ist festzustellen, daß in den Grippejahren 1953, 1957 und 1960 nicht nur die Zahlen der Sterbefälle infolge Krankheiten der Atmungsorgane gestiegen sind, sondern durch Komplikationen und Folgeerscheinungen der Grippe auch die Sterbefälle in anderen Todesursachengruppen zugenommen haben. Bevor auf die zahlenmäßige Entwicklung der Todesursachen eingegangen wird, ist außerdem zu bemerken, daß die Abnahme der Todesursache Altersschwäche weitgehend nur als Folge einer im Laufe der Zeit erreichten Verbesserung der Diagnostik zu werten ist, und daß in Wechselwirkung dazu die Zunahme anderer Todesursachen wenigstens teilweise durch die genauere Erfassung bedingt ist.

Zwischen 1952 und 1960 stieg die Sterbeziffer für die Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen von 38,9 unter Schwankungen auf 42,9. Während die eigentlichen Herzkrankheiten an dieser Steigerung nicht beteiligt sind, erhöhte sich bei den Gefäßstörungen des Zentralnervensystems die Sterberate von 13,9 auf 17,9. Besonders ins Gewicht fällt unter den letzteren die Zunahme der Gehirnblutungen, bei denen die Ziffer beinahe um ein Drittel von 11,9 auf 15,2 Sterbefälle je 10000 Einwohner stieg.

Bei der zweithäufigsten Todesursache, Krebs und anderen bösartigen Gewächsen, ist zwischen 1952 und 1960 ein Anstieg der Sterbequote von 17,7 auf 18,5 zu verzeichnen. Berücksichtigt man die erwähnten Verschiebungen, die im Zusammenhang mit der Abnahme der Diagnose Altersschwäche stehen und die sich bei der Todesursache Krebs ohne weiteres zahlenmäßig ausgewirkt haben können, wird man aber wohl kaum von einer allgemeinen Zunahme der Krebshäufigkeit in den letzten zehn Jahren sprechen können. Andererseits ist auch zu bedenken, daß wenigstens bestimmte Formen dieser Krank-

heit, wenn nicht als Alterserscheinung, so doch in besonderem Zusammenhang mit dem Alter stehend anzusehen sind, und daß infolgedessen die sich vollziehende Altersaufstockung der Bevölkerung mehr oder weniger zwangsläufig eine zahlenmäßige Zunahme der Krebssterbefälle auslöste.

Die dritthäufigste Gruppe bilden die unnatürlichen Todesursachen (Unfall und Gewalteinwirkung), deren Quote sich im Berichtszeitraum von 6,9 auf 7,5 erhöhte. Ein Drittel dieser Gruppe sind Kraftfahrzeugunfälle, bei denen die Sterbeziffer im gleichen Zeitraum von 2,0 auf 2,5 zunahm. Die Selbstmordziffer war von 1,7 im Jahr 1952 auf 2,0 in den Jahren 1955 und 1956 gestiegen, liegt aber seither durchgehend bei 1,9 und ist damit beträchtlich niedriger als in den Vorkriegsjahren 1937/38, als sie 2,6 betrug.

Wie bereits angedeutet, zeigen sich die stärksten Veränderungen im zeitlichen Verlauf bei der Sterblichkeit infolge Krankheiten der Atmungsorgane, zu denen auch die Grippe zählt. Besonders erwähnenswert innerhalb dieser Gruppe ist der Rückgang der Sterbefälle wegen Lungenentzündung, bei der die Sterbeziffer in den letzten Jahren nur noch rund 3 betrug gegenüber 4 bis 5 zu Beginn des Berichtszeitraums und über 7 in der Vorkriegszeit.

Bleibt die Grippe außer Betracht, so treten die Infektionskrankheiten unter den Todesursachen zahlenmäßig immer weniger in Erscheinung. Bei der Tuberkulose beispielsweise, die vor dem Kriege jährlich noch 6 bis 7 von 10000 Einwohnern den Tod gebracht hatte, ging die Sterbeziffer während der letzten 10 Jahre von 2,4 auf 1,4 zurück.

Gefahren der Infektionskrankheiten noch nicht gebannt

Aus der Feststellung, daß die Infektionskrankheiten unter den Todesursachen nur noch in beschränkter Zahl und vor allem in abnehmendem Maße auftreten, darf indessen nicht gefolgert werden, daß diese Krankheiten ihren Schrecken verloren haben. Abgesehen davon, daß sich außer dem Tod als letzter Folge der Krankheit auch andere, den einzelnen wie die Gemeinschaft mehr oder weniger schwer belastende Auswirkungen ergeben können, ist zu bedenken, daß der heute erreichte Stand in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten doch weitgehend nur angestrengten und anhaltenden Bemühungen aller im Gesundheitsdienst und in der Gesundheitsverwaltung tätigen Kräfte zu verdanken ist. Ohne Fortsetzung

Tabelle 5 Wichtige übertragbare Krankheiten in Baden-Württemberg 1952 bis 1961

Jahr	Diphtherie	Scharlach	Genickstarre	Kinderlähmung	Gehirnentzündung	Typhus	Paratyphus	Übertragbare Ruhr	Bakterielle Lebensmittelvegiftung
1952	1 101	6 712	113	549	30	346	435	214	205
1953	914	8 561	84	400	35	940	321	712	240
1954	803	8 315	98	469	46	266	387	324	242
1955	596	6 640	94	298	29	259	364	496	385
1956	377	5 143	121	910	42	278	388	491	391
1957	269	4 212	80	619	44	256	359	450	353
1958	263	4 829	97	180	28	249	249	367	222
1959	180	6 054	86	472	39	252	296	670	477
1960	95	4 746	146	599	28	169	202	505	260
1961	86	3 500	144	905	38	200	223	277	241

dieser Anstrengungen besteht jedenfalls keine Gewähr, daß der heutige Stand auch künftig gehalten werden kann.

Wie eingangs erwähnt wurde, stehen Zahlen über das Auftreten von Infektionskrankheiten zur Verfügung. Es ist allerdings in Rechnung zu stellen, daß die Erkrankungsfälle, besonders bei den leichteren Infektionskrankheiten des Kindesalters, nicht immer vollständig erfaßt werden.

Bei den meisten übertragbaren Krankheiten, die in *Tabelle 5* aufgeführt sind, läßt sich für die Zeit zwischen 1952 und 1961 eine *Abnahme* feststellen, besonders wenn noch berücksichtigt wird, daß die Bevölkerungszahl in diesem Zeitraum um rund ein Fünftel gestiegen ist. Besonders bemerkenswert ist der *Rückgang der Diphtherieerkrankungen*, von denen 1952 noch 1100 Fälle, 1961 aber weniger als 100 Fälle gemeldet wurden.

Sehr uneinheitlich ist das Bild bei der *Poliomyelitis* (Kinderlähmung). Das Auftreten dieser Krankheit in den einzelnen Jahren war bisher durch ein wellenförmiges Auf und Ab gekennzeichnet. Nach einer ständigen Abnahme der Erkrankungsfälle zwischen 1952 und 1955 brachte das Jahr 1956 mit 910 die bisher höchste Zahl an Poliomyelitis-Fällen. Der Rückgang auf 180 Fälle im Jahr 1958 war zwar stärker denn je, aber in jedem der folgenden Jahre nahm die Erkrankungshäufigkeit wieder zu, und 1961 war schließlich die Zahl der Erkrankungsfälle mit 905 wieder nahezu so hoch wie 1956. Angesichts dieser Entwicklung braucht die Bedeutung der gesetzgeberischen und sonstigen Maßnahmen, die in jüngster Zeit zur Bekämpfung dieser gefährlichen Infektionskrankheiten ergriffen wurden, wohl nicht eigens herausgestellt zu werden.

Bekämpfung der Tuberkulose bleibt Aufgabe

Eine Sonderstellung unter den Infektionskrankheiten nimmt weiterhin die *Tuberkulose* ein. Über das Vorkommen und den Ablauf dieser Krankheit, die Leistungen der Tuberkulosefürsorgestellen, die Röntgenreihenuntersuchungen und schließlich über die Rechts- und Verwaltungsvorschriften zur Bekämpfung der Tuberkulose in Baden-Württemberg ist in einer Sonderveröffentlichung des Statistischen Landesamts ausführlich berichtet worden². Aus diesem Grund sollen hier nur einige besonders wichtige Ergebnisse genannt werden.

Zwischen 1953 und 1961 ging die Zahl der jährlichen *Neuzugänge* an aktiver Tuberkulose ständig zurück, und zwar bei offener Tuberkulose der Atmungsorgane von 2342 Fällen auf 1853, bei aktiv geschlossener Tuberkulose der Atmungsorgane von 9756 Fällen auf 5777 und schließlich bei der Tuberkulose anderer Organe von 2064 Fällen auf 1681. Der auf 10 000 der Bevölkerung berechnete *Bestand an Erkrankten* verringerte sich von Ende 1952 bis Ende 1961 bei der offenen Tuberkulose der Atmungsorgane von 25,1 auf 12,3, bei der aktiv geschlossenen Tuberkulose der Atmungsorgane von 54,8 auf 27,2 und bei der aktiven Tuberkulose anderer Organe von 12,8 auf 7,4. Trotz der gewaltigen Erfolge, die nach diesen Zahlen während der vergangenen zehn Jahre in der Bekämpfung der Tuberkulose erzielt worden sind, muß wiederholt werden, was in der genannten Sonderveröffentlichung von dem Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose, Obermedizinalrat i. R. Dr. Kreuser, abschließend festgestellt wird: „Der Arzt ... wird ebenso wie der Sozialhygieniker nicht dringend genug davor warnen müssen, eine augenblicklich günstig erscheinende Lage schon als Zeichen eines Endsieges über diese bedenkliche Krankheit anzusehen“.

15 Ärzte auf 10 000 Einwohner

Im Rahmen der amtlichen Medizinalstatistik wird jeweils zum Jahresende eine Erhebung über das *Personal des Gesundheitsdienstes* und über die *Krankenanstalten* durchgeführt. Auch die Ergebnisse dieser Erhebungen vermitteln wichtige Einblicke in die gesundheitlichen Verhältnisse unseres Landes. Die neuesten Ergebnisse beider Erhebungen beziehen sich auf den Stand vom 31. Dezember 1960.

² Die Tuberkulose in Baden-Württemberg in den Jahren 1954 bis 1959, Band 73 der Schriftenreihe Statistik von Baden-Württemberg, Stuttgart 1961.

Berufstätige Ärzte und Zahnärzte in Baden-Württemberg
Tabelle 6
1952 und 1960

Berufsgruppe	31. 12. 1952		31. 12. 1960	
	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	darunter weiblich
Ärzte mit allgemeinärztlicher Tätigkeit	6 347	1 156	7 050	1 409
Fachärzte	3 165	391	4 578	655
darunter Fachärzte für:				
Chirurgie	526	28	632	24
Innere Medizin	658	65	1 032	114
Lungenkrankheiten	200	25	316	37
Frauenkrankheiten und Geburtshilfe	359	52	486	70
Kinderkrankheiten	236	123	380	188
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	220	11	279	17
Augenkrankheiten	194	24	270	57
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	211	12	237	19
Nerven- u. Geisteskrankheiten	241	26	347	71
Ärzte insgesamt	9 512	1 547	11 628	2 064
darunter in freier Praxis	5 776	947	6 928	1 292
Zahnärzte insgesamt	4 048	513	4 905	669
darunter in freier Praxis	3 954	495	4 791	644

Am Jahresende 1960 waren bei den Gesundheitsämtern Baden-Württembergs 11 628 berufstätige *Ärzte* registriert, das sind 2116 oder 22,2 vH mehr als Ende 1952. Die Zahl der *Ärzte* stieg somit in diesem Zeitraum stärker als die Einwohnerzahl, die sich um 15,4 vH erhöhte. Infolgedessen nahm die sogenannte *Ärztendichte* (Zahl der *Ärzte* auf 10 000 Einwohner) von 14,2 auf 15,0 zu.

Obwohl sich die Zahl der in freier Praxis tätigen *Ärzte* von 1952 bis 1960 um rund 1150 vergrößerte, ging der Anteil dieser Gruppe innerhalb der Ärzteschaft leicht zurück, und zwar von 60,7 vH auf 59,6 vH. Innerhalb des ärztlichen Berufs ist ein *Zug der Spezialisierung* unverkennbar. Ende 1952 besaßen ein Drittel, Ende 1960 hingegen nahezu zwei Fünftel aller *Ärzte* (39,4 vH) eine Anerkennung als *Facharzt*.

Am 31. Dezember 1960 gab es in unserem Land 4905 berufstätige *Zahnärzte* einschließlich staatlich geprüfter Dentisten. Gegenüber dem gleichen Zeitpunkt des Jahres 1952 hat sich diese Zahl um 857 oder 21,2 vH erhöht.

Mangel an Pflegekräften trotz starker Zunahme des Personalstandes

Die zahlenmäßig stärkste Gruppe unter den Berufen der Gesundheitspflege bildet das in der *Krankenpflege* tätige Per-

Sonstige Heil- und Heilhilfspersonen in Baden-Württemberg
Tabelle 7
1952 und 1960

Berufsgruppe	1952	1960	
		insgesamt	darunter weiblich
Krankenpflegepersonen insgesamt	19 751	27 212	25 050
davon			
Krankenschwestern und -pfleger	8 483	12 680	11 747
Gemeindeschwestern und -brüder	3 796	3 443	3 433
In der Geisteskrankenpflege tätig	1 360	2 133	1 167
In Ausbildung befindliche Krankenschwestern und -pfleger	1 177	2 369	2 284
Kinderkrankenschwestern sowie Säuglings- und Kinderpflegerinnen	2 402	3 799	3 799
In Ausbildung befindliche Kinderkrankenschwestern, Säuglings- und Kinderpflegerinnen	616	941	941
Wochenpflegerinnen	332	251	251
Sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung	1 585	1 596	1 428
Hebammen	2 221	1 739	1 739
Hebammenschülerinnen	151	118	118
Fürsorger	934	1 226	1 050
Fürsorgeschüler und -praktikanten	218	350	175
Med.-techn. Assistenten und Gehilfen ..	1 157	2 926	2 825
Diätassistenten und Diätküchenleiter ..	108	284	279
Krankengymnasten	690	1 033	1 020
Masseure und medizinische Bademeister ..	1 337	1 858	1 142
Desinfektoren und Gesundheitsaufseher ..	491	419	21
Sonstige Heil- und Heilhilfspersonen ...	398	825	535

sonal. Von 1952 bis 1960 stieg die Gesamtzahl des Krankenpflegepersonals einschließlich der in Ausbildung befindlichen Nachwuchskräfte um 7461 auf 27 212. Obwohl diese Zunahme (37,8 vH) erheblich stärker als das gleichzeitige Bevölkerungswachstum war, wird nach wie vor über einen *Mangel an Pflegekräften* geklagt. Tritt in den nächsten Jahren nicht ein großer Zusatzbedarf an Pflegepersonal auf, könnte mit einer Besserung der Situation gerechnet werden, da sich der Neuzugang an Krankenschwestern und -pflegern verstärken wird. Die Zahl der *in Ausbildung befindlichen Kräfte* nahm nämlich in letzter Zeit verhältnismäßig stark zu (um 11,4 vH gegenüber 1959 und um 101,3 vH gegenüber 1952). Auf der anderen Seite muß allerdings auch ein erhöhter Abgang an Krankenpflegepersonal erwartet werden, da die Altersstruktur dieser Berufsgruppe recht ungünstig ist.

Über die zahlenmäßige Entwicklung in den übrigen Berufen der Gesundheitspflege unterrichtet im allgemeinen die *Tabelle 7*.

Zahl der Apotheken stark vermehrt

In Auswirkung der gesetzlichen Regelung der Betriebserlaubnis für Apotheken sowie des Urteils des Bundesverfassungsgerichts über die Niederlassungsfreiheit für Apotheker hat in den letzten Jahren die Zahl der Apotheken stark zugenommen. Zwischen 1952 und 1956 stieg die Zahl der Apotheken von 933 auf 995 und bis Ende 1960 auf 1263. Während Ende 1952 auf eine Apotheke im Landesdurchschnitt 7178 Einwohner kamen, waren es Ende 1960 nur noch 6118.

Tabelle 8

Apotheken in Baden-Württemberg 1952 bis 1960

Jahresende	Apotheken		Personal der Apotheken				
	insgesamt	darunter Vollapotheken	Approbierte Apotheker	Kandidaten der Pharmazie ¹⁾	Vorgepr. Apothekeranwärter	Apothekerpraktikanten	Nicht-pharmaz. Hilfspersonal ²⁾
1952	933	883	1 533	176	443	321	
1954	971	919	1 790	217	391	342	1 057
1956	995	944	1 983	230	291	448	1 276
1958	1 146	1 093	2 156	223	350	594	1 541
1960	1 263	1 210	2 278	260	415	730	1 929

¹⁾ Apotheker zwischen Staatsexamen und Approbation. — ²⁾ Ohne Bürokräfte, Reinemachefrauen, Boten usw.

In den Apotheken waren am Jahresende 1960 2278 approbierte Apotheker, 260 Kandidaten der Pharmazie (Apotheker zwischen Staatsexamen und Approbation), 415 vorgeprüfte Apothekeranwärter und 730 Apothekerpraktikanten, insgesamt also 3683 pharmazeutisch ausgebildete oder in Ausbildung befindliche Kräfte tätig, das sind 1210 oder fast um die Hälfte mehr als Ende 1952.

Verbesserte Krankenversorgung

Am Jahresende 1960 gab es in Baden-Württemberg 611 anerkannte Krankenanstalten mit 84 044 planmäßigen und 3711 zusätzlich aufgestellten Betten. Zwischen 1952 und 1960 nahm die Zahl der Krankenanstalten um 94 oder 18,2 vH, der Bestand an planmäßigen Krankenbetten um 13 423 oder 19,0 vH zu. Die *Bettendichte* (Zahl der planmäßigen Betten je 10 000 Einwohner) betrug am Anfang des Berichtszeitraums 105,5, am Ende 108,8. In diesen Zahlen sind allerdings die in unserem Land besonders zahlreich vertretenen Heil- und Kuranstalten überörtlichen Charakters enthalten. Scheidet man

Tabelle 9

Krankenanstalten in Baden-Württemberg 1952 bis 1960

Jahresende	Öffentliche		Freigemeinnütz.		Private		Krankenanstalten insgesamt	
	Krankenanstalten							
	Anzahl	Planmäß. Betten	Anzahl	Planmäß. Betten	Anzahl	Planmäß. Betten	Anzahl	Planmäß. Betten
1952	306	49 499	100	15 035	111	6 087	517	70 621
1954	311	51 443	108	16 850	139	7 044	558	75 337
1956	310	52 802	114	17 707	158	7 995	582	78 504
1958	315	53 319	111	18 114	176	8 941	602	80 374
1960	320	55 723	108	18 718	183	9 603	611	84 044

alle Anstalten, die ihrer Zweckbestimmung nach nicht zu den Krankenanstalten für Akut-Kranke zählen, aus, so verbleiben nahezu drei Viertel der Anstalten und rund 70 vH aller planmäßigen Krankenbetten, die für die Behandlung von Akut-Kranken in Betracht kommen.

Ende 1960 befanden sich 66,3 — fast zwei Drittel — aller planmäßigen Krankenbetten in öffentlichen Krankenanstalten, 22,3 vH in freigemeinnützigen und 11,4 in privaten Krankenhäusern. In den öffentlichen Krankenanstalten stieg die Bettenzahl zwischen 1952 und 1960 um 12,6 vH, in den freigemeinnützigen dagegen um 24,5 vH und in den privaten sogar um 57,8 vH.

In den Krankenanstalten des Landes waren Ende 1960 etwa 51 000 Personen tätig. Davon zählten knapp ein Zehntel zu den Ärzten, nahezu vier Zehntel zum Krankenpflegepersonal und ebenfalls fast ein Zehntel zum sonstigen medizinischen Personal; die übrigen gehörten zum Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal. Im Vergleich zu Ende 1952 ist die Zahl der Krankenhausärzte um 18,5 vH und die des gesamten Pflegepersonals um 40,4 vH gestiegen, wobei die Zahl der Krankenschwestern und -pfleger allein allerdings nur um 24,9 vH zugenommen hat. Sowohl das Verwaltungspersonal wie die Wirtschaftskräfte erhöhten im gleichen Zeitraum ihre Zahl um die Hälfte. Besonders stark war die Personalvermehrung beim medizinisch-technischen Personal; sie betrug fast 100 vH.

Tabelle 10

Personal der Krankenanstalten in Baden-Württemberg 1952 und 1960

Personalgruppe	31. Dez. 1952	31. Dez. 1960	Zunahme in vH
Ärzte	4 151	4 920	18,5
darunter			
Fachärzte	2 364	2 447	3,5
Krankenpflegepersonal	13 044	18 309	40,4
darunter			
Krankenschwestern und -pfleger ¹⁾	10 989	13 729	24,9
Sonstiges medizinisches Personal	2 829	4 734	67,3
darunter			
medizinisch-technisches Personal	999	1 979	98,1
Verwaltungskräfte	2 166	3 261	50,6
Wirtschaftskräfte	13 236	19 794	49,5

¹⁾ Ohne Säuglings- und Kinderschwester.

Wenn trotz der beachtlichen Zunahme in zahlreichen Krankenanstalten Personalmangel herrscht, so liegen hierfür verschiedene Ursachen vor: Neben der mit der Bevölkerungszunahme einhergehenden Erhöhung des Krankenbestandes wirkt sich auch die Arbeitszeitverkürzung in den Krankenanstalten mehr und mehr aus. Ein entscheidender Grund ist zweifellos aber auch mit dem technisch-medizinischen Fortschritt gegeben, der zu neuartigen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden führt, deren Durchführung vielfach einen zusätzlichen Personalbedarf auslöst.

Dipl.-Volkswirt Paul Steinki