

**DIE
AUSKUNFTS- UND FÜRSORGESTELLE
FÜR LUNGENKRANKE, WIE SIE IST UND
WIE SIE SEIN SOLL**

Von

PROFESSOR DR. K. W. JÖTTEN



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH

1923

**DIE
AUSKUNFTS- UND FÜRSORGESTELLE
FÜR LUNGENKRANKE, WIE SIE IST UND
WIE SIE SEIN SOLL**

Von

PROFESSOR DR. K. W. JÖTTEN



Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH 1923

ALLE RECHTE, INSBESONDERE DAS DER ÜBERSETZUNG
IN FREMDE SPRACHEN, VORBEHALTEN.

ISBN 978-3-662-27619-8 ISBN 978-3-662-29106-1 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-29106-1

SONDERDRUCK AUS
„BEITRÄGE ZUR KLINIK DER TUBERKULOSE“, BAND 55

Inhaltsverzeichnis.

1. Entwicklung der Fürsorgestellen in Deutschland (S. 1).
2. Pütters Programm (S. 7).
3. Organisationsfragen (S. 13).
4. Unterbringung und Einrichtung (S. 17).
5. Arbeitsmethoden (S. 24).
 - a) Aufnahme- und Untersuchungswesen (S. 24).
 - b) Behandlung in den Fürsorgestellen (S. 25).
6. Entlastung der Fürsorgearbeit (S. 28).
7. Weiterer Ausbau der Fürsorgestellen und entsprechende gesetzliche Maßnahmen (S. 31).
8. Tätigkeit der Fürsorgestellen in den Berichtsjahren 1919 und 1920 (S. 41).
 - a) Auffindung der Tuberkulösen (S. 47).
 - b) Versorgung der Fürsorglinge (S. 63).
 - c) Finanzierung der Fürsorgestellen (S. 73).
 - d) Aufklärung (S. 79).
9. Schlußsätze (S. 84).

Vor nunmehr bald 25 Jahren hat *Pütter* in Halle a. S. die erste Auskunft- und Fürsorgestelle für Tuberkulöse in Deutschland gegründet, von dem Gedanken ausgehend, für die große Menge der arbeitsfähigen Schwindsüchtigen und der tuberkulösen Kinder zu sorgen, die nicht in Heilstätten, Krankenhäuser, Siechenhäuser oder Tuberkuloseheime verschickt werden konnten. Dieser Gedanke wurde sehr bald von den verschiedensten Seiten aufgegriffen, nachdem auch von *Calmette* ähnliche Organisationen, die sog. Dispensaires antituberculeux, in Frankreich und Belgien ins Leben gerufen waren. Während diese aber nur dazu bestimmt waren, Arbeiter unentgeltlich zu beraten, medikamentös zu behandeln und materiell zu unterstützen, hatte *Pütter* von vornherein seine ganze Organisation auf viel breiterer Basis unter Anlehnung an die deutsche soziale Gesetzgebung aufgebaut. Kurze Zeit später waren denn auch schon in Deutschland eine ganze Reihe derartiger Fürsorgestellen entstanden, zumal auf ihre große Bedeutung gerade von unserem Altmeister *Robert Koch* in seiner Nobelpreisvorlesung in Stockholm am 12. Dezember 1905 mit folgenden Worten hingewiesen worden war: „Ich halte diese Einrichtungen für eines der stärksten Kampfmittel, wenn nicht das stärkste, welches wir gegen die Tuberkulose zur Anwendung bringen können, und ich glaube, daß die Fürsorgestellen, wenn sie, wie zu hoffen

ist, in dichtem Netz die Länder überziehen werden, berufen sind, eine überaus segensreiche Tätigkeit auszuüben.“

Was Wunder also, daß sich im Laufe des nächsten Jahrzehnts vor allem zahlreiche Tuberkulosebekämpfungsvereine und Verbände, dann aber auch Städte, Gemeinden, Kreise, Versicherungsträger usw. die *Püttersche* Idee zunutze machten und an die Gründung eigener Fürsorgestellen herangingen. So kam es, daß während im Jahre 1905 erst 42 Fürsorgestellen und 60 badische Tuberkuloseausschüsse bestanden, bereits bis zum Jahre 1910 sich diese Zahlen fast verzehnfacht hatten (s. Tabelle 1) und im Jahre 1919 bereits 1258 Hauptfürsorgestellen und 800 Hilfsfürsorgestellen und außerdem in Sachsen noch viele zahlenmäßig nicht genau feststellbare Tuberkuloseausschüsse an der Arbeit waren. Während im Jahre 1905 erst auf je 625 000 Menschen eine Fürsorgestelle oder Hilfsfürsorgestelle kam, war im Jahre 1919 das Fürsorgstellennetz schon 20 mal dichter geworden, indem nämlich schon je 29 500 Menschen eine Fürsorge- oder Hilfsfürsorgestelle zugänglich war. Am dichtesten ist es in Baden und Thüringen geworden, am dünnsten dagegen in Württemberg geblieben, wo nur eine Fürsorgestelle auf je 330 000 Einwohner kommt (s. Tabelle 1). Auch von seiten der Staaten wurde sehr bald ihr Wert erkannt und durch entsprechende Erlasse ihre Einrichtung den nachgeordneten Dienststellen usw. nahegelegt und auf's wärmste empfohlen, nachdem bereits im Jahre 1903 auf Veranlassung von *Kirchner* der preußische Minister der geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten unter dem 28. Dezember durch Runderlaß die Herren Oberpräsidenten ersucht hatte, die Frage der Begründung von „Wohlfahrtsstellen für Lungenkranke“ einer gefälligen Prüfung zu unterziehen, die geeignet erscheinenden Schritte zur Verwirklichung des Gedankens vorzubereiten und über das Veranlaßte und die damit etwa erzielten Erfolge binnen Jahresfrist zu berichten. Diesem Erlasse sind von Zeit zu Zeit aus den verschiedensten Ministerien in Preußen neue gefolgt. Unter der Not der Kriegs- und Nachkriegszeit hat man nach Einsetzen der erhöhten Sterblichkeit an Tuberkulose dem Ausbau und Erweiterung des Fürsorgestellenwesens gerade von dieser Seite erhöhtes Interesse entgegengebracht, was aus der Häufung der verschiedensten Ministerialerlasse seit dem Jahre 1916 aus der folgenden Aufzählung erkenntlich ist:

1. Erlaß des Kgl. Preuß. Ministeriums der öff. Arbeiten betr. Bekämpfung der Tuberkulose. 26. Juni 1905 und 29. Dezember 1906.
2. Verfügung des preuß. Kriegsministeriums über die Ausnutzung der Wahrnehmungen bei militärärztlichen Untersuchungen für vorbeugende Krankheitspflege. 30. Dezember 1906.
3. Erlaß des Kgl. Preuß. Ministeriums des Innern betr. Fürsorge für die infolge des Krieges aus Lungenheilstätten entlassenen Lungenkranke. 11. August 1914.
4. Erlaß des Kriegsministeriums, Medizinalabteilung, betr. Heilbehandlung tuberkulöser Soldaten während des Krieges. 17. März 1915.
5. Erlaß des preuß. Ministers des Innern betr. Aufrechterhaltung und Vermehrung der Fürsorgestellen für Lungenkranke. 29. Juni 1916.
6. Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 26. Juni 1916.
7. Erlaß des Ministers des Innern betr. Versorgung der Tuberkulosefürsorgestellen mit Web-, Wirk- und Strickwaren. 30. Januar 1918.

Tabelle I.
Entwicklung des Fürsorgestelltenwesens in Deutschland:
 1899—1919.

In den einzelnen Bundesstaaten:	1899	1905	1910	1915	1919	Auf je 1 Million Einwohner:				
						1899	1905	1910	1915	1919
1. Preußen (einschl. Hohenzollern)	1	31	187	838	903	0,03	0,9	4,0	21,0	24
2. Bayern	—	3	53	137(42)*	184(42)*	—	0,42	8,0	19 (32)	27 (30)
3. Sachsen	—	1	40**	33**	41**	—	0,2	8,0	7	8
4. Württemberg	—	—	3	7	8	—	—	1,2	2,8	3
5. Baden	—	2 (60) ***	2 (537) ***	15(604) ***	15 (604) ***	—	0,9 (2,9)	0,9(250)	7,0(280)	7,0(270)
6. Hessen	—	—	19	31	24	—	—	15	24	19
7. Oldenburg	—	—	1	25	25	—	—	2	50	48
8. Sachsen-Weimar-Eisenach	—	1	2	7	8	—	2,9	4,8	16	18
9. Sachsen-Coburg-Gotha	—	—	1	6	7	—	—	3,8	23	26
10. Sachs.-Altenburg	—	—	—	6	6	—	—	—	28	28
11. Sachsen-Meiningen	—	—	—	3 } 154	3 } 154	—	—	—	11 (113)	11 (116)
12. Schwarzburg-Sondershaus	—	—	—	3	3	—	—	—	32	32
13. Schwarzburg-Rudolstadt	—	—	1	1	1	—	—	9	10	10
14. Reuß	—	—	—	2)	2)	—	—	—	9)	10)
15. Mecklenburg	—	—	1	2	5	—	—	1,3	2,6	7
16. Anhalt	—	—	1	4	4	—	—	3	12	12
17. Braunschweig	—	—	—	2	4	—	—	—	4	9
18. Hamburg	—	1	4	9	11	—	1,1	3,9	8	10
19. Lübeck	—	—	1	2	1	—	—	8	17	8
20. Bremen	—	1	1	2	2	—	4	3,3	7	7
21. Elsaß-Lothringen	—	1	3	9	—	—	0,5	1,6	5	0
Insgesamt	1	42(60)	321 (537)	1145 (845)	1258 (800)	0,016	0,7 (1,6)	5 (13,0)	17 (30)	21 (34)

Zeichenerklärung:

- * = Hilfsfürsorgestellten.
- ** = + ? Tbc-Ausschüsse in Sachsen.
- *** = Tbc-Ausschüsse in Baden.
- () = Fürsorgestellten und Hilfsfürsorgestellten auf je 1 Million Einwohner.

8. Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe betr. das Zusammenarbeiten der Krankenkassen mit den Fürsorgestellen für Lungenkranke. 9. November 1918.

9. Erlaß des Ministers des Innern betr. Gewährung von Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose. 3. Juli 1918.

10. Verfügung des Ministers für Volkswohlfahrt betr. Erweiterung der Tuberkulosefürsorge. 6. Februar 1920.

11. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt betr. Ausbau der Tuberkulosefürsorge. 4. Februar 1921.

12. Erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt betr. Erweiterung über Grundsätze für Verwendung der zu Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose bereitgestellten Mittel. 4. Juni 1921.

Ebenso waren in Bayern die Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke auch schon seit dem Jahre 1904 des häufigeren Veranlassung zu Ministerialverordnungen und zwar:

1. Kgl. Bayr. Staatseisenbahnverwaltung betr. Bekämpfung der Tuberkulose. 5. Januar 1907.

2. Ministerium des Innern, Bekanntmachung über die Bekämpfung der Tuberkulose. 29. März 1911.

3. Ministerium des Innern, über den bezirksärztlichen Dienst. 28. Januar 1912.

4. Ministerium des Innern, Erlaß betr. Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Tuberkulose und des Alkoholmißbrauchs. 26. August 1914.

5. Ministerium des Innern, Bekanntmachung betr. Bekämpfung der Tuberkulose. 15. Januar 1915.

6. Ministerium des Innern, Bekanntmachung betr. Fürsorgestellen für Lungenkranke. 16. April 1917.

Ebenfalls die sächsischen Ministerien erkannten den Wert der Fürsorgestellen bei der Bekämpfung der Tuberkulose und bereits am 5. Dezember 1906 empfahl ein Erlaß des Kgl. Sächs. Ministeriums des Innern die Errichtung derselben. Es folgten dann noch eine ganze Reihe neuer Verordnungen, bis am 30. Mai 1918 durch das Gesetz betr. Regelung der Wohlfahrtspflege die ganze Wohlfahrtspflege, mithin auch die Auskunfts- und Fürsorgestellen zur Angelegenheit der Gemeinden und des Staates gemacht wurden.

1. Erlaß des Ministeriums des Innern betr. Bekämpfung der Tuberkulose, Errichtung von Fürsorgestellen. 15. Dezember 1906.

2. Erlaß des Ministeriums des Innern betr. die Einrichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke. 27. Mai 1910.

3. Erlaß des Ministers des Innern betr. die Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke. 15. Dezember 1912.

4. Gesetz betr. Regelung der Wohlfahrtspflege. 30. Mai 1918.

5. Leitsätze zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter. 27. März 1920.

6. Verordnung des Ministeriums des Innern betr. den weiteren Ausbau der amtlichen Wohlfahrtspflege.

Ähnliche Verordnungen folgten auch in den anderen Bundesstaaten, so in Württemberg (1906, 1909 und 1922), in Baden, Hessen, Sachsen-Altenburg,

Sachsen-Weimar, Bremen und Hamburg. Auch die Versicherungsträger der einzelnen Staaten und des Reichs, vor allem die Landesversicherungsanstalten, die Reichsversicherungsanstalt und das Obergesundheitsamt wandten den Fürsorgestellten ihr Interesse zu und in einer ganzen Reihe von Richtlinien und Rundschreiben wurde auf die Förderung bei der Einrichtung neuer Stellen, auf die Gewährung von Zuwendungen an dieselben und auf die engere Zusammenarbeit der Versicherungsanstalten und Krankenkassen mit ihnen hingewiesen.

Seit dem Jahre 1914 hat auch der *Reichskanzler* öfter auf die große Bedeutung der Fürsorgestellten und den Wert ihrer Zusammenarbeit mit den Versicherungsträgern im Kampfe gegen die Tuberkulose hingewiesen und sogleich zu Beginn des Krieges am 15. August 1914 durch einen Erlaß darauf aufmerksam gemacht, daß der Betrieb in den Auskunfts- und Fürsorgestellten unbedingt aufrechterhalten werden müsse.

Von noch viel größerer Bedeutung war es, daß er gerade nach dem furchtbaren Kohlrübenwinter 1916/17, als die Tuberkulose so erschreckend zunahm, am 3. März 1917 erneut auf einen energischen Ausbau des Fürsorgestelltenwesens und eine bessere Finanzierung derselben hinwies und die Fürsorgestellten dadurch zum Mittelpunkt der gesamten Tuberkulosebekämpfung stempelte. Gleichzeitig damit wurden die vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (D.Z.K.) ausgearbeiteten Leitsätze zu Richtlinien für den weiteren Ausbau erhoben. Seiner großen Bedeutung wegen möchte ich im folgenden zunächst das Rundschreiben nebst Leitsätzen zum Abdruck bringen.

Rundschreiben des Reichskanzlers über den Ausbau der Fürsorgestellten für Lungenerkrankte.
Vom 13. März 1917 — III B 742.

Der Reichskanzler.
(Reichsamt des Innern.)

Berlin W. 8, den 13. März 1917.
Wilhelmstraße 74.

Die lange Dauer des Krieges und die damit verbundenen Schädlichkeiten, wie Anstrengungen und Aufregungen, unzureichende Nahrung, schlechtere Wohnungsverhältnisse und verminderte gesundheitliche Fürsorge, bringen die Gefahr einer neuen Ausbreitung der in angestrebter Arbeit so vieler Jahre mühsam zurückgedrängten Tuberkulose mit sich. Dieser Gefahr kann nur durch einen beschleunigten Ausbau der Fürsorgestellten für Lungenerkrankte, von denen bis jetzt einschließlich der Hilfsstellen rund 2000 im Deutschen Reiche vorhanden sind, begegnet werden. *Dabei wird einmal die Einrichtung möglichst vieler neuer Fürsorgestellten, dann aber auch eine bessere finanzielle Sicherstellung der bereits vorhandenen anzustreben sein.* Als Anhalt für die in dieser Beziehung erforderlichen Maßnahmen sind von dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose die anliegenden „Leitsätze“ aufgestellt.

Da es nach dem Kriege mehr denn je darauf ankommen wird, mit Kräften und Mitteln auf allen Gebieten hauszuhalten, wird bei der Verwirklichung der den Leitsätzen zugrunde liegenden Gedanken, insbesondere bei der Neubegründung von Fürsorgestellten für Lungenerkrankte in ländlichen Bezirken ein Zusammengehen und Handinhandarbeiten mit anderen Einrichtungen zur sozialen Fürsorge notwendig und zweckmäßig sein.

Ein solches Zusammengehen und ständiges Zusammenwirken mit den bereits vorhandenen Wohlfahrtsorganisationen wird in vielen Fällen nicht nur eine wesentliche Ersparnis an Betriebsunkosten und Arbeitskräften ermöglichen, sondern auch denjenigen Personen selbst, denen Hilfe gebracht werden soll, zugute kommen.

Die Aufwendungen für eine Tuberkulosefürsorgestelle werden sich wesentlich geringer gestalten, wenn es z. B. gelingt, die Betriebseinrichtungen in demselben Gebäude mit anderen Wohlfahrtsorganisationen unterzubringen, den Geschäftsverkehr unter diesen Stellen auf diese Weise tunlichst zu vereinfachen, und, wo die Verhältnisse es gestatten, eine gemeinsame,

auf verschiedene Tage oder Tagesstunden sich verteilende Benutzung der Verwaltungsräume und des Arbeitspersonals (Arzt, Fürsorgeschwester, sonstige in der Wohlfahrtspflege geschulte Personen und Berater, Bureaupersonal usw.) zu erreichen. Zugleich wird die Hilfeleistung wirksamer und beschleunigter sein, wenn, wie es nicht selten vorkommt, bei den Ermittlungen der einen Wohlfahrtsstelle bekannt wird, daß in der unterstützungsbedürftigen Familie auch das Eingreifen einer anderen Wohlfahrtsstelle angezeigt erscheint, daß z. B. neben der Hilfe für ein tuberkulöses Familienmitglied auch noch Fürsorge für einen Säugling, für ein krüppelhaftes Kind usw. notwendig ist. Andererseits läßt es sich bei entsprechender Zusammenarbeit der einzelnen Wohlfahrtsstellen vermeiden, daß eine unnötige gehäufte Fürsorgetätigkeit mehrerer Wohlfahrtsstellen stattfindet, ohne daß sie von ihrer gleichzeitigen Inanspruchnahme Kenntnis haben.

Namentlich wird in ländlichen Verhältnissen bei der Begründung von Tuberkulosefürsorgestellen zweckmäßig darauf Bedacht zu nehmen sein, mit den anderen, daselbst tätigen Wohlfahrtseinrichtungen auf verwandten sozialen Gebieten Hand in Hand zu gehen und dadurch eine ausgiebige Nutzbarmachung der verfügbaren Hilfskräfte und Hilfsmittel auch bei der Bekämpfung sonstiger sozialer Übelstände (Säuglingssterblichkeit, ungesunde Wohnungsverhältnisse, Alkoholmißbrauch usw.) zu erreichen. Auf ein Zusammenfassen der verschiedenen Zweige der sozialen Fürsorgetätigkeit ist von Ihrer Majestät der Kaiserin wiederholt hingewiesen worden, auch hat in letzter Zeit der Königlich Preussische Herr Minister des Inneren innerhalb seines Bereichs durch Empfehlung der Einrichtung von Wohlfahrts- oder Fürsorgeämtern hierauf besonders aufmerksam gemacht.

Ich würde es begrüßen, wenn die vorstehenden, für den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose gegebenen Richtlinien auch dort Veranlassung zu geeignet erscheinenden Maßnahmen geben würden.

I. V.: gez. *Helfferich*.

An die außerpreussischen Bundesregierungen und an den Herrn Statthalter in Elsaß-Lothringen.

Leitsätze über den Ausbau des Fürsorgestellenwesens zur Bekämpfung der Tuberkulose.

1. Die Fürsorgestellen gehören zu den wirksamsten Mitteln der Tuberkulosebekämpfung. Es ist deshalb dahin zu streben, daß jeder an Tuberkulose Erkrankte, der nicht bereits einer ausreichenden Fürsorge teilhaftig wird, an eine Fürsorgestelle verwiesen werden und die nach Lage des Falles notwendige Fürsorge finden kann. Eine möglichst vollzählige Zuweisung dieser Tuberkulösen an die Fürsorgestellen ist nur durch Zusammenarbeiten sämtlicher in Betracht kommenden Stellen, insbesondere der Ärzte (Armenärzte, Schulärzte), Armenkommissionen, Bezirksvorsteher und sonstigen Gemeindeorgane, sowie der Träger der sozialen Versicherung (Krankenkassen, Versicherungsanstalten) unter tunlichster ehrenamtlicher Mitwirkung von Vertretern der beteiligten Bevölkerungskreise und ihrer Organisationen zu erreichen.

2. Es ist erforderlich:

a) die Zahl der Fürsorgestellen insbesondere für die Landbevölkerung dem Bedürfnis entsprechend zu vermehren,

b) allen Fürsorgestellen eine gesicherte finanzielle Grundlage zu geben, die einen dauernden, ungestörten Betrieb gewährleistet.

3. Als Träger von Fürsorgestellen kommen in Betracht:

a) öffentlich-rechtliche Körperschaften (Gemeinden, Gemeindeverbände, sowie die Träger der Sozialversicherung),

b) Vereinsorganisationen (Tuberkulosevereine, Vereinigungen vom Roten Kreuz, Ausschüsse usw.).

Sind öffentlich-rechtliche Körperschaften Träger der Fürsorgestelle, so wird dadurch in der Regel ihre finanzielle Grundlage von vornherein genügend sichergestellt und ihre gedeihliche Fortentwicklung gewährleistet sein. Aus diesem Grunde wird bei Neueinrichtungen von Fürsorgestellen in erster Linie zu prüfen sein, ob öffentlich-rechtliche Körperschaften als Träger zu gewinnen sind.

Wo sich die von Vereinen ins Leben gerufenen Stellen gut bewährt haben, ist ihre Weiterentwicklung nach Möglichkeit zu fördern. Unter allen Umständen ist aber ein möglichst

enges Zusammenarbeiten der in der Tuberkulosefürsorge tätigen Vereine mit den an der Gesundheitspflege beteiligten behördlichen Stellen anzustreben; insbesondere muß für eine ausreichende laufende Unterstützung der Vereine mit Geldmitteln seitens dieser Stellen gesorgt werden.

4. In finanzieller Beziehung gilt als Mindestforderung daß den Fürsorgestellen regelmäßige sichere Einnahmen in solcher Höhe zur Verfügung stehen müssen, um daraus zum mindesten die Betriebskosten, soweit solche entstehen, und die Kosten der nachfolgend bezeichneten Regelleistungen decken zu können.

a) *Die Betriebskosten* umfassen:

1. Miete und Unterhaltung der Räume,
2. Gehälter für Ärzte, Schwestern und sonstiges Personal,
3. Bureaustkosten.

b) *Die Regelleistungen* der Fürsorgestellen umfassen:

1. ärztliche Untersuchung des Kranken und seiner Familie und fortlaufende ärztliche Beobachtung, sowie sachgemäße Bearbeitung der zugunsten der Kranken an Behörden zu richtenden Fürsorgeanträge,

2. Untersuchung des Auswurfs auf Tuberkelbacillen,

3. hygienische Beaufsichtigung und Beratung der tuberkulösen Familien durch die Fürsorgeschwestern usw.,

4. Wohnungsfürsorge (Desinfektion, Gewährung von Betten usw.),

5. Verabreichung von Kräftigungsmitteln in dringenden Fällen.

Erwünscht ist, daß hierüber hinaus noch weitere Mittel vorhanden sind, die den Fürsorgestellen im Bedarfsfalle wenn ein anderer Kostenträger nicht vorhanden ist, erhöhte Leistungen (z. B. Gewährung von Mietsbeihilfen und Zuschüssen zu Heilverfahren, Unterhaltung von Walderholungsstätten, andere Pflege- und Vorbeugungsmaßnahmen) ermöglichen.

5. Maßnahmen der Fürsorgestellen sollen niemals den Charakter der öffentlichen Armenunterstützung tragen.

6. Es ist anzustreben, daß die Fürsorgeschwestern in besonderen Kursen und Wiederholungskursen mit dem Wesen der Tuberkulose sowie mit den Grundzügen der sozialen Gesetzgebung vertraut gemacht und außerdem in der selbständigen Bearbeitung des gesamten Fürsorgeverfahrens ausgebildet werden.

7. Es wird empfohlen, bei der Einrichtung und dem Betrieb der Fürsorgestellen in tunlichster Fühlung mit den anderen Organisationen auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge vorzugehen.

In diesen Leitsätzen des D.Z.K. ist aber nur in großen Zügen das Arbeits- und Organisationsprogramm der Fürsorgestellen zum Ausdruck gebracht, während von *Pütter* Richtlinien aufgestellt sind, die mehr ins Einzelne gehen und ferner den inneren Betrieb in der Fürsorgestelle genau festlegen. Da im Laufe der Jahre dem Beispiel *Püters* viele Vereine, Verbände, Städte usw. gefolgt sind und ein sehr großer Teil der Fürsorgestellen auf dem *Püterschen* Programm aufgebaut ist, so möchte ich dieses zunächst mal zur Wiedergabe bringen und im Anschluß daran die Änderungs- und Erweiterungsvorschläge besprechen, die besonders im letzten Jahrzehnt von verschiedenster Seite gemacht worden sind. Sodann werde ich mich der von ihnen geleisteten praktischen Arbeit zuwenden, um festzustellen, ob durch die Fürsorgestellen so, wie sie jetzt sind, schon so viel praktisch wertvolle Arbeit geleistet wird, die sie geeignet erscheinen läßt, wirklich zum Mittelpunkt der gesamten Tuberkulosebekämpfung zu werden.

Püters Programm.

Allgemeine Gesichtspunkte für die Tuberkulosebekämpfung durch Auskunfts- und Fürsorgestellen.

Die Auskunfts- und Fürsorgestellen haben die Bestimmung, der Ausbreitung der Tuberkulose vorzubeugen. In ihnen werden Lungenkranke unentgeltlich untersucht, über

die zur Bekämpfung der Tuberkulose erforderlichen Maßnahmen unterrichtet und je nach Bedarf in Fürsorge genommen.

Um lebensfähig zu sein, müssen sie sich im Anschluß an die deutsche Arbeiterversicherung, die obligatorische Armenpflege und die Privatwohltätigkeit entwickeln und sollen dabei bestrebt sein, die Vorstände und Ärzte der Versicherungskassen, der Armenkassen und der Privatwohltätigkeitsvereine zu gewinnen, die Unterstützungen, welche sie den Tuberkulösen zu geben verpflichtet resp. gewillt sind, in einer Form zu gewähren, die geeignet ist, die Tuberkulose zu bekämpfen. Die von den genannten Kassen gewährten Mittel sind richtig zu verwerten, d. h. die Auskunfts- und Fürsorgestellen haben darüber zu wachen, daß die zur Bekämpfung der Tuberkulose getroffenen Maßnahmen richtig ausgeführt und, sofern der Kranke Angehörige hat, die Mittel entsprechend ergänzt werden, um der Ausbreitung der Tuberkulose in der Familie vorzubeugen. Jeder Schematismus in der Behandlung der einzelnen Pflegefälle ist in Übereinstimmung mit dem Vorgehen der Kassen, Armenverwaltungen und Wohltätigkeitsvereine zu vermeiden. Da die Leichtkranken meist in Heilstätten verschickt werden können, so hat sich der Hauptkampf gegen die Tuberkulose im vorgeschrittenen Stadium zu erstrecken und vorbeugend gegen die Weiterverbreitung zu wirken. Da die Tuberkulose eine Wohnungskrankheit ist und sich von Mensch zu Mensch überträgt, so sind Übelstände, wie das enge Zusammenwohnen, Zusammenschlafen, Küssen, Anhusten, die unterlassene Vernichtung der Infektionskeime durch Gewährung materieller Mittel und durch Erziehung der Hausfrauen und Kinder abzustellen. Wo eine Sanierung der Wohnung nicht möglich ist, muß dahin gewirkt werden, daß die ungeeignete Wohnung verlassen und eine neue luftige und sonnige bezogen wird. Besondere Beachtung verdienen die noch arbeitsfähigen, aber schon schwerer erkrankten Tuberkulösen (ca. 80% aller Tuberkulösen) und die Kinder, die von der Tuberkulose in viel stärkerer Zahl ergriffen sind, als gemeinhin angenommen wird, deshalb ist die Fürsorge, die gerade diesen Kranken zugewendet werden muß, von eminenter Bedeutung. Um hier wirksam eingreifen und vieles erreichen zu können, müssen die Auskunfts- und Fürsorgestellen das Zentrum der gesamten Tuberkulosebekämpfung werden, von welchem aus eine systematische Bekämpfung der Seuche geleitet werden kann: sie sollen im öffentlichen Interesse, und zwar sowohl im Interesse des Kranken wie des Gesunden, die bestmögliche Ausnutzung sämtlicher der Tuberkulosebekämpfung gewidmeten Einrichtungen gewährleisten. Dabei dürfen sie aber nicht Stellen medizinisch-wissenschaftlicher Forschungen, sondern Stätten praktischer Arbeit sein. Statistische, national-ökonomische, medizinisch-diagnostische und hygienische Fragen können gelegentlich durch besonders interessierte Mitarbeiter ihre Erledigung finden.

Organisation.

a) Träger und Einrichtung.

Am empfehlenswertesten sind sie Veranstaltungen der Gemeinden oder wenn diese selbst nicht daran gehen wollen, können sie von Vereinen betrieben werden, die im engsten Zusammenhang mit Gemeinden arbeiten und sich von diesen die Besoldung der Fürsorgeschwestern und -Ärzte sicherstellen lassen. Da die Fürsorgestellen mit anderen Gemeindeveranstaltungen eng verknüpft sind, so kommen andere Behörden wie z. B. Landesversicherungsanstalt, die über einen Stadtbezirk hinausgehen, für den Betrieb gar nicht in Frage. Auch die Armenverwaltung hat hier auszuscheiden, weil sie sich auf die öffentlich Unterstützten beschränkt und nicht andere Leute unter die Hände der Armenverwaltung geraten dürfen. Um praktische Arbeit zu leisten, muß zunächst eine Stelle beschafft werden, in welcher die Sprechstunden für die Tuberkulösen abgehalten werden können; hierfür genügt, sofern in öffentlichen Polikliniken oder Kliniken keine Räume zur Verfügung stehen, eine Parterrewohnung von 3—4 Zimmern (ein Warteraum, ein Aufnahmezimmer und ein ärztliches Untersuchungszimmer).

Die Sprechstunden sind tunlichst auf die Nachmittage zu verlegen, damit auch arbeitende Lungenkranke sie ohne größere Arbeitsversäumnis besuchen können. In Gemeinden bis zu 100 000 Einwohnern dürfte eine Sprechstunde wöchentlich genügen. Diese Fürsorgestellen sind allen bedürftigen Tuberkulösen zugänglich, ferner sollen die praktizierenden Ärzte, die Mitglieder der Armenverwaltung, die in Frage kommenden anderen Behörden die Privatwohltätigkeitsvereine, die Diakonissen der verschiedenen Kirchengemeinden, die Kliniken,

Krankenhäuser und Heilstätten Tuberkulose überweisen und schließlich sollen die Fürsorgeschwestern, sobald sie von einem Schwindsuchtsfalle in einer Familie, die sich aus eigenen Mitteln nicht helfen kann, Kenntnis erhalten, dem Vorsitzenden der Fürsorgestelle davon Mitteilung machen, der dann alles Erforderliche in die Wege zu leiten hat.

Über jeden einzelnen Patienten wird ein Fürsorgejournal angelegt, in welches genaue Eintragungen über die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten, die Vorgeschichte der Krankheit und der bei der Untersuchung festgestellte Befund resp. der Grad der Tuberkuloseerkrankung und die vom Arzt bestimmten evtl. erforderlichen Fürsorgemaßnahmen gemacht werden. Auch die Fürsorgeschwester hat in dieses Journal einen Bericht über die Beschaffenheit und Haltung der Wohnung einzutragen.

b) Personal und seine besonderen Aufgaben.

1. Vorstand (Leiter).

Die Hauptstützen solcher Auskunfts- und Fürsorgestellen sind das Personal in seiner Zusammensetzung aus Leiter (Vorsitzender), Arzt und Schwestern. Der *Leiter resp. Vorsitzende*, am besten ein Gemeinde- oder Verwaltungsbeamter, der auf dem Gebiete des Wohlfahrts- und Wohltätigkeitswesens bewandert und mit den nötigen hygienischen Anforderungen bekannt ist, muß es verstehen, sich nicht nur mit den Krankenkassen, der Armenverwaltung und den Wohltätigkeitsfaktoren in Geschäftsverbindung zu setzen, sondern auch Ärzte und Schwestern zu gewinnen und heranzubilden, die armenpflegerisch und hygienisch geschult sind.

Da es sich bei der Art der von *Pütter* geschilderten Tuberkulosebekämpfung um Unterstützungen mannigfacher Art handelt, so muß der Vorsitzende sich mit allen anderen Unterstützungs- und Wohltätigkeitsfaktoren wie Gemeinden als Hauptinteressenten, öffentlicher Wohlfahrtspflege, Vereinen, Stiftungen, Versicherungsanstalten, Armen- und Schulärzten, Krankenkassen, Bädern, Seehospizen in Verbindung halten, um von diesen Stellen die nötigen Mittel zusammenzubringen, auf daß sich die Fürsorgestellen entsprechend den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln, im wesentlichen auf die Hilfsleistungen beschränkt, die der Bekämpfung der Schwindsucht und der Vorbeugung dienen und sich nicht zur allgemeinen Wohltätigkeitsstelle auswächst. Überhaupt soll sich der Etat in bescheidenen Grenzen halten. Die Ausgaben haben sich teils auf persönliche für Arzt, Schwester und Hilfspersonal, teils auf sachliche für Miete, Licht, Heizung, Porto, Fahrgelder und ähnliches zu erstrecken. Die Zusammenbringung der dazu erforderlichen Einnahmen ist die Aufgabe des Vorsitzenden, die nicht ganz leicht ist.

2. Arzt.

Der *Fürsorgearzt* am besten Fürsorgefacharzt und nicht Lungenspezialist hat zunächst die Aufgabe, die Schwestern mit dem Wesen der Tuberkulose sowie mit den hygienischen und prophylaktischen Maßnahmen vertraut zu machen. Sodann hat er sämtliche, die Fürsorgestellen aufsuchenden Kranken mit den erprobten — auch Röntgen- — Methoden zu untersuchen, ob sie lungenkrank sind, denn sonst lassen sich die evtl. erforderlichen Fürsorgemaßnahmen weder für den Patienten noch für seine Familie bestimmen, daher sind auch Auskunfts- und Fürsorgestellen *ohne Arzt* undenkbar. Die ärztliche Untersuchung hat vor allen Dingen auch festzustellen, ob eine nicht infektiöse (geschlossene) oder eine infektiöse (offene) Tuberkulose vorliegt, da die Maßnahmen für jedes dieser Stadien durchaus verschieden sind. Es ist deshalb auch eine Untersuchung des Auswurfs auf Bacillen anzustellen resp. zu veranlassen. Vom Standpunkte der Seuchenbekämpfung muß durch Fürsorgemaßnahmen bei ersterer Kategorie verhindert werden, daß sie in das infektiöse Stadium gelangt, weshalb diese Leute möglichst frühzeitig den Heilstätten oder Walderholungsstätten überwiesen und zu gesundheitsgemäßem Leben erzogen werden müssen. Sie sind auch vor solchen Berufen zu bewahren, welche mit zur Tuberkulose disponierenden Schädlichkeiten verbunden sind; sodann ist eine Beratung der in die Lehre eintretenden jungen Leute erforderlich, da ein Berufswechsel bei Ausgelernten sehr schwierig, oft unmöglich ist.

Bei dieser Kategorie nicht infektiöser Kranker sind die Untersuchungen in bestimmten Zwischenräumen zu wiederholen, um darüber unterrichtet zu sein, ob ihr Leiden zum Stillstand gekommen ist oder fortschreitet, und vor allen Dingen, um den richtigen Augenblick zu ergreifen, in dem erneute Fürsorgemaßnahmen erforderlich werden.

Bei den infektiösen Tuberkulösen sind die Maßnahmen vielgestaltiger, durch sie müssen die Kranken entweder aus ihren Wohnungen herausgenommen und in Krankenhäuser, Tuberkuloseheime usw. gebracht oder in solche Lebensbedingungen übergeführt werden, daß sie ihre Umgebung nicht mehr gefährden. Weiter ist zu versuchen, die heilbaren Tuberkulösen zu heilen und die Ausscheidung der Tuberkelbacillen in die Außenwelt zum Aufhören zu bringen, vor allem muß aber hier die Wohnungsfürsorge und der Familienschutz in den Vordergrund treten. Dabei muß sich die ärztliche Untersuchung auch auf Familienmitglieder, auch der anscheinend gesunden, ausdehnen, um festzustellen, ob bereits eine Infektion stattgefunden hat.

Die leicht erkrankten Tuberkulösen sollen für die Aufnahme in eine Heilstätte oder Walderholungsstätte vorgeschlagen und bis zu ihrer Abreise, ebenso wie die schwerer Erkrankten, befürsorgt und die Familie untersucht, instruiert und je nach Bedarf mit Lebensmitteln, Geld, Mietszuschüssen usw. unterstützt werden. Außerdem ist die Wohnung entsprechend zu sanieren.

Von größter Bedeutung ist die Fürsorge für den aus der Heilstätte Zurückkehrenden. Selten darf er seinen Beruf wieder aufnehmen und muß um andere geeignetere Arbeit suchen. Diese zu finden, ist sehr schwer. Und wenn auch die Vereine resp. Fürsorgeärzte die Arbeit nicht beschaffen können, so können sie wenigstens mit dem Manne oder der Frau beraten, was für einen Erwerbszweig sie wohl ergreifen könnten; sie können ihnen über die ersten Wochen hinweghelfen, sie empfehlen, wenn sie Aussicht auf geeignete Arbeit haben, sie unterstützen, damit die Erfolge der Heilstättenkur möglichst nachhaltig sind.

Über alle diese Untersuchungsbefunde und Maßnahmen hat der Fürsorgearzt unter Assistenz der Schwester, der er für jeden Fall besondere Verhaltensmaßregeln gibt, Eintragungen in das Fürsorgejournal zu machen. Eine ärztliche Behandlung der Tuberkulösen wird von dem Fürsorgearzt nicht ausgeübt, vielmehr dem behandelnden Armen-, Kassen- oder Privatarzt überlassen. Dieses Unterlassen jeglicher ärztlicher Behandlung in den Fürsorgestellen ist auch die Vorbedingung für eine gedeihliche Zusammenarbeit mit der praktischen Ärzteschaft, denn ohne ihre bereitwillige Mitarbeit ist der Kampf gegen die Tuberkulose aussichtslos. Um hier ein ersprießliches Verhältnis zu erzielen, erfolgt eine Aufnahme in die Fürsorgestelle und die fürsorgeärztliche Untersuchung nur dann, *wenn der Kranke nicht in der Behandlung eines Arztes*, sei es eines Privatarztes, Kassenarztes oder Armenarztes steht. Ist dies der Fall, so wird er diesem zugeschickt und erst und nur dann von dem Fürsorgearzt untersucht, wenn er ihm vom behandelnden Arzt ausdrücklich überwiesen wird mittels eines Überweisungsscheines, welcher dem Patienten zu diesem Zwecke mitgegeben wird. Das Untersuchungsergebnis ist dem behandelnden Arzt jederzeit zugänglich oder auch mitzuteilen. Eine Behandlung übernimmt der Fürsorgearzt wie gesagt nie, bereitet aber die erforderlichen Atteste und Anträge auf Wunsch dem behandelnden Arzte vor, damit in der Hilfeleistung für den Tuberkulösen kein Aufenthalt eintritt. Die Unterschriften werden vom behandelnden Arzt, dem eine Nachprüfung oder Änderung selbstverständlich zusteht, vollzogen.

Auf diese Weise ist es den Fürsorgeärzten möglich, mit den behandelnden Ärzten Hand in Hand zu arbeiten, und außerdem beweist dieses Vorgehen, daß es ihnen nur darauf ankommt, die Tuberkulösen in den Stand zu setzen, sachgemäßen Anordnungen ihrer Ärzte auch wirklich nachzukommen. Eine Konkurrenz gegen die Ärzte ist so ausgeschlossen und ein wirtschaftlicher Nachteil kann den Ärzten durch derartig arbeitende Fürsorgestellen nicht entstehen und außerdem wird jede Einmischung in die ärztliche Behandlungsmethode, durch welche das wünschenswerte Vertrauensverhältnis zwischen behandelndem Arzte und Patient getrübt werden könnte aufs allerstrengste vermieden.

Abweichungen hiervon sind in kleinstädtischen und ländlichen Fürsorgestellen insofern möglich, als dort die Fürsorge sowieso meist in den Händen der ortseingesessenen Ärzte liegt und es auch dort zweifelhaft sein kann, ob sich die Behandlung stets wird ausschließen lassen.

3. Fürsorgeschwester.

Die Fürsorgeschwester soll viel Takt und guten Blick haben und jederzeit bereit sein, Fertigkeit in schriftlichen Arbeiten haben, sich Vorsitzendem und Arzt unterordnen und mit

Hoch und Niedrig gut umgehen können. Es kann daher nur empfohlen werden, gebildete Damen dazu zu nehmen und diese entsprechend zu besolden. Damen im Ehrenamt sind nur selten für diese Arbeit, die auch den eigenen Familien die Tuberkulose zutragen kann, verwendbar. Sobald Tuberkulose in die Sprechstunde kommen, trägt die Schwester kurze Angaben über deren Familien- und Einkommensverhältnisse in den Fragebogen ein, um diesen den Arzt zur Einzeichnung des Krankheitsbefundes usw. vorlegen zu können. Nach der Untersuchung gibt der Arzt resp. die Schwester dem Patienten einen Bescheid, der von der Schwester ebenfalls im Fragebogen vermerkt wird. Jede Schwester besorgt ihre gesamte Korrespondenz auch mit den Krankenkassen, der Wohlfahrtsverwaltung, den Vereinen usw. selbst, muß sie aber dem Vorsitzenden zur Unterschrift vorlegen.

Der wichtigste Teil der Schwesternarbeit ist der *Hausbesuch* bei den tuberkulösen Familien ihres ihr zugewiesenen Stadtbezirks, der empfehlenswerterweise 15 000 Einwohner nicht übersteigen soll und am besten den Armenbezirken anzupassen ist. Sie hat darin die Wohnungsfürsorge auszuüben, der Hausfrau und den Kindern die nötigen Verhaltensmaßregeln gegenüber den kranken Angehörigen beizubringen, über Reinlichkeit, Lüftung usw. zu belehren und die Ausführung ihrer Anordnungen zu kontrollieren. Sie hat nach Rücksprache mit Vorsitzendem und Arzt evtl. Mittel zu gewähren oder anderswoher zu beschaffen, um den ärztlichen und hygienischen Anforderungen nachkommen zu können. Vor allem muß sie dahin wirken, daß der ansteckend Tuberkulose in der Wohnung von den Seinigen räumlich getrennt wird, sei es durch anderweite Benutzung der vorhandenen Räume, sei es durch Hinzumietung eines Zimmers oder Beschaffung einer anderen besseren resp. größeren Wohnung mit oder ohne Bewilligung von Mietszuschüssen usw. Gründliche Reinigung der Wohnung, Stellung einer Wasch- oder Reinemachefrau, Lieferung eines Bettes evtl. eines Feldbettes sind dann noch in die Wege zu leiten. Großes Augenmerk hat sie auch auf die Vernichtung der Infektionskeime zu richten, mit Wasser gefüllte Eimer oder Spucknäpfe aufstellen zu lassen und die Tuberkulösen, die Auswurf haben, anzuhalten, daß sie Spuckflaschen, die durch die Fürsorgestellten verausgabt oder besorgt werden, außerhalb des Hauses benutzen. Zu geeigneter Zeit ist eine Desinfektion der Wohnung und Möbel, Betten und Kleidungsstücke zu veranlassen, die natürlich den weniger Bemittelten nichts kosten darf. Es ist aber nur dann mit Unterstützung einzugreifen, wenn die Familien die Anschaffungen wirklich nicht aus eigenen Mitteln bezahlen können. Die Hausfrauen sind ferner von der Schwester anzuhalten, die von dem Tuberkulösen benutzten Taschentücher, Hemden, Bettüberzüge usw. sofort nach abgeschlossenem Gebrauch nicht mit der übrigen Wäsche zu vermengen, sondern in einem besonderen Gefäß aufzubewahren und auszukochen.

Zusammenarbeit mit anderen Fürsorgeorganisationen.

Da ein enger Zusammenhang zwischen der Tuberkulosefürsorge, der Säuglingsfürsorge und der Ziehkinderaufsicht besteht, so ist besonders dort, wo die Fürsorge in den Händen von Gemeinden liegt, eine Zusammenarbeit dieser drei Fürsorgezweige ratsam und es ist der Sache nur dienlich, wenn dieselbe Schwester die Fürsorge für die Tuberkulösen, die Säuglinge und die Ziehkinder übernimmt. Dieses ist in kleineren Gemeinden auch aus finanziellen Gründen sehr empfehlenswert, wo sonst die Tätigkeit einer Schwester nicht genügend ausgefüllt würde. Der Besuch derselben Schwester in den Familien der Säuglinge und der Lungenkranken ist aber völlig unbedenklich, weil eine Übertragung der Bacillen durch das Betreten dieser oder jener Wohnung nicht zu befürchten und der sonstige Wechsel der Kleidung wie beim Arzt vorzuschreiben ist.

Dadurch aber, daß ein und dieselbe Schwester für alle drei Arten der Fürsorge zugleich tätig ist, wird der große Vorteil erreicht, daß in einer Familie, in der gleichzeitig ein Säugling und ein Lungenkranker ist, nicht von zwei Schwestern der Familie Verhaltensmaßregeln gegeben werden, die sich leicht widersprechen und Verwirrung hervorrufen können, weil jede nur ihren Fall, entweder den Säugling oder den Lungenkranken, im Auge hat, während die gemeinsame Schwester beides zu bedenken hat, was ja das Natürlichste ist.

Diese Gemeinschaft zwischen Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge darf aber natürlich nicht so weit gehen, daß für beide die gleichen Sprechstunden eingerichtet werden; diese müssen vielmehr völlig getrennt gehalten werden. Selbstverständlich können Arzt und Schwester aber dieselben sein. Diese gemeinsamen Einrichtungen haben sich in Halle gut

bewährt, auch nachdem die Alkoholiker- und Krebskrankenfürsorge in der Familie ebenso wie in Berlin mit angegliedert wurde.

Werden alle diese Bestrebungen zusammengefaßt, so schlägt *Pütter* folgende Organisation vor:

„Außerlich wird sich die Organisation folgendermaßen gestalten lassen:

1. Wenn alle Arten der Fürsorge städtisch sind oder als städtische noch ins Leben gerufen werden sollen, wird ein städtisches Fürsorgeamt oder Wohlfahrtsamt begründet und so zusammengesetzt wie die übrigen städtischen Deputationen: aus Mitgliedern beider Körperschaften der Gemeinde.

2. Wird zunächst nur ein Teil städtisch, ein anderer Teil aber von Vereinen betrieben, so wird ebenfalls ein Fürsorge- oder Wohlfahrtsamt gebildet, aber nicht als Deputation, sondern als Kommission unter Heranziehung der Vereinsvorsitzenden. Der Vorsitzende dieser Kommission muß dann gleichzeitig Vorstandsmitglied aller der in Betracht kommenden Vereine sein.

3. Werden alle Arten der Fürsorge von Vereinen betrieben, so muß ein Mitglied des Gemeindevorstandes im Vorstand aller dieser Vereine sitzen und auf ein gedeihliches Zusammenarbeiten derselben hinwirken.

4. Die Anstellung der Fürsorgeschwestern hat unter allen Umständen auf Gemeindegewerkskosten zu erfolgen.“

Auf diese Weise läßt sich die Möglichkeit schaffen, daß rationell gearbeitet wird und daß, wenn die Gemeinde noch nicht alle Arten der Fürsorge treibt, sie wenigstens überall im Sinne der Allgemeinheit einwirken kann. Die Fürsorge auf dem Lande oder genauer in kleineren Städten oder Dörfern kann entweder durch eine „fliegende Kolonne“ als Institut der Kreisverwaltung ausgeübt oder an den nächstliegenden größeren Ort mit eigener Fürsorge angeschlossen werden. Je bequemer und billiger die Bahnverbindungen zu den kleinen Orten sind, desto besser können sie mit den Einrichtungen der Fürsorge bedacht werden.

Um den hier vorgezeichneten Kampf gegen die Tuberkulose wirkungsvoll zu gestalten müssen alle Volkskreise und Volksgruppen zur Beteiligung herangezogen und aufgeklärt werden; jedermann, arm wie reich muß auf den Kampf aufmerksam werden und mit der Erkennung der Gefahr ein Bundesgenosse im Kampfe werden, insbesondere auch durch Gewährung von Betriebsmitteln tatkräftig eingreifen. Sodann müssen alle weiteren Ergebnisse der medizinisch-diagnostischen und der hygienisch feststehenden Errungenschaften unter Zurückstellung aller noch zweifelhaften Punkte praktische Verwertung in der Fürsorgearbeit finden. Ferner haben weitestgehende Zuwendungen aller Art, Hilfeleistungen und Unterstützungen mannigfachster Art an die Pflegebefohlenen unter Anpassung an die vorliegenden Bedürfnisse mit Erziehung zur Selbsthilfe stattzufinden. Weiter ist das Vorgehen gegen die Tuberkulose vorwiegend in die Wohnungen und erst in zweiter Linie in die Heilstätte zu verlegen unter innigem Anschluß an den Kampf gegen und die Fürsorge bei anderen Volkskrankheiten, wie Alkoholismus, Krebs, Geschlechtskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit des Vorgehens in der Großstadt, Kleinstadt und auf dem Lande, jedoch fordert *Pütter* im allgemeinen Einheitlichkeit der Methode bei zweckmäßigen Abweichungen im Einzelfalle.

Dieses ist so in großen Zügen das Programm, das der Gründer der Auskunfts- und Fürsorgestellen für die erfolgreiche Arbeit im Kampfe gegen die Tuberkulose in zahlreichen Arbeiten niedergelegt hat¹⁾. Seitdem sind nun in vielen Orten Deutschlands zahlreiche Fürsorgestellen ins Leben gerufen und an die Arbeit getreten, aber jede weicht in der Einrichtung von der anderen ab, auch in ihrem Betrieb je nach Art ihrer Entwicklung und den örtlichen Verhältnissen. Diese verschiedenartige Entwicklung wird von dem einen Fachmann

¹⁾ *Pütter*, Die Aufgaben der Gemeinden bei der Tuberkulosebekämpfung. Sonderabdruck des D.Z.K. 1903. — Auskunfts- und Fürsorgestellen für Tuberkulöse. Tuberkulosis 3, Nr. 11. 1904. — Die Auskunfts- und Fürsorgestellen, 1905. Denkschrift des D.Z.K. zum Internat. Tuberkulosekongreß in Paris. — Die Vereinigung der Fürsorgebestrebungen in einer Gemeinde. 2. Tuberkulosis 11, Nr. 1912.

begrüßt, *Blümel*¹⁾ z. B. sieht darin den Grund, warum sich das Fürsorgewesen zu so großer Blüte hat entwickeln können. Er will nichts von einer Schematisierung wissen, „deshalb fort mit aller schematischen Verstaatlichung und Verstädtlichung“. Anders dagegen *Harms*²⁾, der mit der Vermehrung der Fürsorgestellen gleichzeitig ein positives einheitliches Programm über Ausbau und Organisation aufgestellt wissen will: „Die Realisierung muß nach einheitlichen, verpflichtenden Grundsätzen in die Wege geleitet werden, Halbheiten, Experimente, Konzessionen und andere lebende Attribute jeder in ihren Zielen schwankenden Kampfesart sind dabei eine logische Unmöglichkeit.“ Die augenblicklich noch herrschende Unsicherheit und Divergenz in der Auffassung über den Aufgabenkreis der Fürsorgestellen müssen seines Erachtens zu mehr oder weniger beschränkten Erfolgen führen. Bei diesen Gegensätzen muß es interessant sein, einmal die Hauptstreitpunkte einer kurzen Betrachtung zu unterziehen.

Organisationsfragen.

Zunächst käme da die Frage der Organisation. Während *Pütter* in dem vorhin mitgeteilten Programm für den Träger neben den Gemeinden auch Vereine vorschlägt, glaubt *Becker*³⁾, daß Privateinrichtungen von Vereinen den beabsichtigten Zweck einer systematischen Tuberkulosebekämpfung nicht erfüllen können. Viel mehr Erfolg verspricht er sich von folgender Organisation:

1. Die Fürsorgestellen müssen amtliche Stellen sein, daneben können die privaten bestehen bleiben.

2. Müssen sie möglichst gleichmäßig eingerichtet sein.

3. Sie müssen nach ganz bestimmten Grundsätzen die Tuberkulosebekämpfung durchführen; es dürfte nicht die eine Gemeinde in den Maßnahmen verhältnismäßig weitgehen, während die andere nur das tut, wozu sie armenrechtlich verpflichtet ist.

4. Sie müssen weitgehende Befugnisse haben, so müßte z. B. die Fürsorgestelle berechtigt sein, jeden Fall, der einer Heilstättenbehandlung bedarf, selbständig der Heilstätte zu überweisen, ohne den Umweg über die Kassen, Versicherungsanstalten oder sonst in Frage kommende Instanzen sogar noch mit der Gefahr der Abweisung nehmen zu müssen. Der Leiter wäre so gewissermaßen für die verschiedenen Stellen Vertrauensarzt. Außerdem müßten auch die im einzelnen Falle erforderlichen Maßnahmen von dem Fürsorgestellenleiter angeben und auch durchgeführt werden. Wenn die dazu erforderlichen Mittel nicht aufzutreiben seien, so müsse die Allgemeinheit die Kosten tragen.

Daß wir aber noch weit von dieser amtlichen Fürsorgestelle entfernt sind, beweist die Feststellung, daß im Jahre 1919 von 41 deutschen Großstädten nur 12 Fürsorgestellen rein städtische waren, während die übergroße Mehrzahl von Vereinen betrieben wurde und unter ihnen gerade die bekanntlich mit gutem

¹⁾ *K. Blümel*, Lückenloser Ausbau der Tuberkulosebekämpfung. Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1919, N. 12.

²⁾ *Harms*, Beitrag zu einer zukünftigen, einheitlichen Entwicklung der Lungenfürsorgestellen auf Grund der Mannheimer Organisation. Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1919, Nr. 10.

³⁾ *Becker*, Vorschläge für die Organisation einer schärferen Tuberkulosebekämpfung. Med. Klinik 1920, Nr. 38.

Erfolg arbeitenden Fürsorgestellten Frankfurt, Mannheim, Halle, Stettin usw., deren Leiter aufs wärmste für die Beibehaltung der Vereine als Träger der Fürsorgestellten eintreten, wenngleich sie auch einen engen Anschluß an die Behörden bzw. an die sonst in Frage kommenden sozialen Faktoren und eine genügende Finanzierung durch Gemeinden, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten usw. verlangen.

Auch m. E. dürfte die Tuberkulosebekämpfung nur wirksam sein können, wenn sie, wie *Oxenius* im Jahresbericht der Frankfurter Fürsorgestelle 1919 betont, „wirklich Sache des Volkes ist, und getragen wird von der Einsicht, daß jeder in seinem Kreise mitzuwirken hat. Ein in städtische Organisation gefaßtes Gebiet ist für die Bevölkerung eine geregelte und erledigte Angelegenheit. Die Möglichkeit jedes Einzelnen aber, an einem Verein mitzuwirken, weckt die Teilnahme und das Bestreben, sich mit dem Gegenstand vertraut zu machen. Das aber gerade ist es, was uns bei dem Kampf gegen die Tuberkulose so bitter not tut. Die städtische Bevölkerung würde (beim Vorhandensein einer Stadtstelle) glauben, ihre Pflicht gegenüber der Tuberkulosebekämpfung erfüllt zu haben, wenn sie Steuern zahlt und die erlassenen Bestimmungen befolgt.“ Klappt die Sache dann nicht, so wird der Mißerfolg der Stadtverwaltung in die Schuhe geschoben. Für die Gründung neuer Stellen käme natürlich die amtlichen Behörden dort in Frage, wo ein Verein fehlt oder nicht die nötige Initiative aufbringt. Wo aber solche Vereinsstellen bereits existieren, würde eine Änderung des bisherigen Systems m. E. in Übereinstimmung mit *Oxenius* nur dann angebracht sein, wenn entweder die Leitung selbst sich außerstande erklärt, ihre Aufgaben erfüllen zu können, wie z. B. hier in Leipzig, wo ausreichende Geldmittel fehlen oder wenn andere die Überzeugung gewonnen haben und beweisen können, daß der bisherige Träger unzulängliche Arbeit leistet und deshalb nicht nur anderes, sondern Besseres an seine Stelle gesetzt werden muß.

Daß aber, wie *Becker* meint, zur systematischen Durchführung der Tuberkulosebekämpfung ein Fürsorgeamt nun einmal erforderlich und dieses in Gestalt einer Landes- bzw. Reichsbehörde besonders hohes Ansehen genießen würde, erscheint heutzutage doch recht zweifelhaft, zudem besteht, worauf *Blümel* schon für die städtischen Stellen hinweist, die Gefahr, daß sie viel zu bürokratisch arbeiten und die lebendige Fühlung mit den Kranken durch zu viel Papierbearbeitung vermindert wird. Auch dürfte der amtliche Charakter m. E. viel dazu beitragen, daß das Vertrauen, das der Kranke gerade mit zu den Fürsorgestellten bringen muß, durch eine derartige Bürokratisierung leicht zum Schwinden gebracht werden könnte. Außerdem habe ich bei meinen Besuchen in weit über 100 Fürsorgestellten mich nicht des Eindrucks verschließen können, daß derartige amtliche resp. Stadtstellen mit viel mehr Bureaupersonal arbeiten, wodurch der Kostenaufwand viel größer wird als in den Vereinsfürsorgestellten. Hier wird der ganze Akten- und Schriftverkehr meist durch die Schwester und Helferinnen mit erledigt. Weiter ist es mir noch aufgefallen, daß die Leiter, Ärzte und Schwestern in den Vereinsfürsorgestellten viel genauer über den Stand der Tuberkulosebekämpfung und die Erfassung und die Befürsorgung ihrer Bezirkstuberkulösen informiert und besser Auskunft zu geben in der Lage waren, als in den kommunalen Fürsorgeämtern mit viel

größerem Bureaubetrieb. Ich denke dabei gerade an die Fürsorgestellen in mehreren Großstädten, von denen trotz persönlicher Vorstellung und häufiger brieflicher Rückfrage es nicht möglich war, statistische Unterlagen über ihre Tätigkeit zu erlangen. Ausnahmen kommen natürlich auch hier vor, wie z. B. in Gelsenkirchen, wo die städtische Einrichtung dank der Leitung ganz vorzüglich funktionierte und das Vertrauen des Publikums sich durch zahlreichen Besuch der Fürsorgestellen kund tat.

Trotz der gegenteiligen Ansicht *Pütters* sind auch vielfach die Landesversicherungsanstalten in Übereinstimmung mit den Leitsätzen über Ausbau des Fürsorgewesens zur Bekämpfung der Tuberkulose als Träger für Fürsorgestellen ins Leben getreten und haben ihre Einrichtungen in Berlin sich durchaus bewährt, vor allem in Thüringen, wo dank der Initiative der Landesversicherungsanstalt Thüringen unter Mitwirkung der Gemeinden eine intensive Tuberkulosebekämpfung stattfindet, was ich später noch näher ausführen werde.

Es kommt eben hier nicht darauf an, zu entscheiden, ob als Träger der Tuberkulosebekämpfung am besten die Gemeinde, die Krankenkasse, die Landesversicherungsanstalt oder ein Verein in Frage kommen soll, sondern ob die bestehende Organisation den Anforderungen genügt oder nicht. Sehr empfehlenswert dürfte vielleicht die gerade neuerdings unter Führung von Vereinen ins Leben gerufene Zusammenfassung aller in Betracht kommenden Faktoren zu einer Zentralarbeitsgemeinschaft sein, wie sie in Breslau und Nürnberg zur Tatsache geworden ist.

Ein sehr heftiger Streit wird augenblicklich um die Frage geführt, ob selbständige Lungenfürsorge getrieben oder diese mit den übrigen Zweigen der sozialen Fürsorge vereinigt werden soll, zumal dieses letztere auch bereits von *Pütter* seit vielen Jahren propagiert und vor allem im Westen des Reiches die sog. Familienfürsorge im großen Maßstabe durchgeführt wird. Durch diese Zusammenfassung möglichst aller Fürsorgebestrebungen soll die Familienfürsorge einheitlicher gehandhabt werden können. Weiter werde es so vermieden, daß die Schwestern und Beauftragten der verschiedenen Bestrebungen dieselben Familien besuchen und verschiedene Anordnungen treffen, was leicht zu Widersprüchen und Verwirrungen Anlaß gebe. Es sei richtiger, alle Anordnungen durch eine einzige Stelle zu treffen und außerdem sei die Zusammenfassung auch erheblich billiger. Demgegenüber stehen aber die Erfahrungen an Orten, wo die scharfe Trennung neben guter Zusammenarbeit der verschiedenen Fürsorgebestrebungen untereinander seit langem existiert, wie z. B. in Charlottenburg, Frankfurt a. M., Mannheim, Dresden, Stettin u. a. O. Nur selten wird über Unstimmigkeiten erwähnter Art berichtet. Es kommt hier auch wieder auf die Leiter der in Frage kommenden Stellen und das Einvernehmen vor allem durch die Schwestern an.

Wie *Becker* und *Oxenius*¹⁾ sehr richtig betonen, hat aber die Trennung der verschiedenen Fürsorgen ganz erhebliche Vorteile; denn einmal sind die Besuche der verschiedenen Schwestern für die Familien insofern vorteilhaft, als vier Augen bekanntlich mehr sehen und Mißstände so häufiger zur Abstellung

¹⁾ *Oxenius*, Quartierschwester und Tuberkulosefürsorge. Westdeutsche Ärzte-Zeitung 1920, Nr. 4.

kommen. Auch dürfte der Einwand nicht zugkräftig sein, daß eine Familie zu häufig besucht wird, was leicht als lästig empfunden werden könnte. Dem ist aber durch eine Zentralauskunftsstelle, z. B. beim Wohlfahrtsamt wie in Frankfurt a. M., oder durch Fühlungnahme der Schwestern untereinander leicht abzuhelpfen, wie mir von den verschiedensten Stellen mitgeteilt worden ist. Außerdem können zur Familienfürsorgerin oder Quartierschwester als „Mädchen für alles“ mit ihrer vielseitigen Tätigkeit nur ganz hervorragende Persönlichkeiten, die auf allen Gebieten der Fürsorge beschlagen sein müßten, in Frage kommen. Ob die aber in genügender Anzahl zur Verfügung stehen, ist doch nach den Erfahrungen der praktischen Tätigkeit recht zweifelhaft. Außerdem kommt bei dieser gemischten Fürsorgetätigkeit die Tuberkulosefürsorge leicht zu kurz, worauf *Ries*¹⁾ u. a. erst kürzlich hingewiesen haben. Da es sich bei der Tuberkulose um eine Infektionskrankheit ganz besonderer Art handelt, hat die Fürsorgeschwester schon so viel Spezialkenntnisse nötig, und wird ihre Zeit durch die Tätigkeit in Sprechstunden, Berichterstattung und Wohnungsbesuchen derartig ausgefüllt, daß sie vollauf zu tun hat, wenn sie gewissenhaft ihren Dienst erfüllen soll. Oder aber sie kann nicht mit der Intensität ihrem Dienste nachkommen, wie es eigentlich im Interesse der Kranken und der steten Fühlungnahme mit dem Lungenfürsorgeärzte nötig ist. Denn gerade auf die Fühlungnahme und das Zusammenarbeiten der Schwestern mit dem Arzte kommt es bei der Tuberkulosebekämpfung sehr wesentlich an, was wohl außer allem Zweifel ist und auch bereits von *Pütter* seit jeher betont wird. Je lockerer diese Zusammenarbeit wird, um so mehr verliert die Fürsorgearbeit an Wert. Hier gilt es aber von seiten der Ärzte, Einhalt zu gebieten, da diese Bestrebungen nach möglicher Selbständigkeit schon seit Jahr und Tag unter den Schwestern dank ihrer Ausbildung vor allem in den sozialen Frauenschulen immer mehr an Boden gewinnt, die die Mitarbeit des Arztes als überflüssig hinstellen wollen. Es wird aber meist gar nicht daran gedacht, daß es gerade bei der Tuberkulose eine Menge nicht leicht zu beurteilender Fälle gibt, deren richtige Bearbeitung selbst den erfahrensten Schwestern ohne Besprechung mit dem Arzte unmöglich sein dürfte. Zudem sind auch zur Tuberkulosefürsorge in der Krankenpflege ausgebildete Schwestern erforderlich, was von *Kayserling*²⁾ mit Recht betont wird. Diese praktische Ausbildung fehlt aber den Sozialfürsorgerinnen oder sog. Sozialbeamtinnen in der größeren Mehrzahl fast völlig. Diese Tuberkulosefürsorgeschwestern sind in wöchentlichen Abständen abzuhaltenden Konferenzen unter der Leitung der Fürsorgeärzte immer wieder aufs neue auf die Eigenarten ihrer Pflichten hinzuweisen und über fragliche Fälle aufzuklären. Von Zeit zu Zeit ist es angezeigt, sie an besonderen Kursen teilnehmen zu lassen, wo alle Spezialfragen besonders behandelt und die Tuberkulosefürsorgerinnen immer wieder über ihre Pflichten und die Art ihrer Tätigkeit aufgeklärt werden. Solche Kurse werden in bestimmten Abständen von der Fürsorgestelltenkommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

¹⁾ *Ries*, Erfahrungen mit der Familienfürsorge. Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1921, Nr. 10.

²⁾ *Kayserling*, Nochmals: Familien- oder Sonderfürsorgerin. Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1922, Nr. 9.

in Berlin abgehalten, ebenso von zahlreichen Fürsorgestellen, z. B. in Halle, Chemnitz, Frankfurt a. M. u. a. O.

Auch die Kostenersparnis wird bei der Familienfürsorge nicht allzu groß sein. Denn bei Vereinigung aller Fürsorgezweige müßten die Schwesternbezirke natürlich verkleinert, die Zahl derselben aber vergrößert werden, gleichzeitig damit aber auch die Anzahl der Bezirksschwestern.

Anders dagegen auf dem Lande, wo die Familien- oder Kreisfürsorgerin ihre Berechtigung schon erwiesen hat. Mehrere Schwestern würden, was auch *Pütter* schon betont, hier nicht genügend Arbeit finden. Für spezialistische Tätigkeit ist auf dem Lande sowohl für den Arzt wie die Schwester kein genügendes Arbeitsfeld. Als Ideal ist aber auch hier die Zusammenfassung nicht immer anzusehen, denn die Schwester wird bei ihren Besuchen bei verschiedensten Kranken leicht in allen möglichen Angelegenheiten um Rat gefragt und ist nur zu häufig versucht, ohne die nötigen Vorkenntnisse ärztlichen Rat zu erteilen oder mit anderen Worten Kurpfuscherei zu treiben, worauf ja schon von *Oxenius* und *Berghaus*¹⁾ hingewiesen worden ist. Das sind natürlich Mißstände, die unbedingt verhindert werden müssen.

Weiter können die einzelnen Fürsorgebestrebungen naturgemäß am besten zur Durchführung kommen, wenn für die besonderen Zwecke in der Tuberkulosebekämpfung ausgebildete Ärzte die Leitung in Händen haben. Dies gilt aber für die Tuberkulose in besonderem Maße, auf den ärztlichen Befund kommt für die Fürsorge alles an und außerdem dürfte es ebenso wie bei den Schwestern zu den Seltenheiten gehören, daß ein Arzt auf allen Gebieten gleich gut Bescheid weiß.

Dann besteht mit der Einführung der Familienfürsorge noch eine große Gefahr, worauf *Berghaus* mit Recht hinweist, daß nämlich neben der zu erwartenden Verwässerung der Fürsorge der Verwaltungsbeamte immer mehr an die Stelle des Arztes tritt, während doch gerade der Arzt, wie schon *Rudolf Virchow* mit Recht betont, auf sozialem Gebiete der berufene Führer des Volkes sein dürfte. Es wird hier mal wieder der Versuch gemacht, den Arzt auszuschalten, der nur soweit gehört wird, wie es gerade dem Beamten gefällt (s. bei *Ries* das Kieler Beispiel).

Es würde m. E. deshalb am zweckmäßigsten sein, entsprechend dem auf dem Tuberkulosekongreß in Kösen vertretenen Standpunkte die Tuberkulosefürsorge getrennt von den anderen Fürsorgebestrebungen zu treiben, ohne dabei natürlich auf eine enge Zusammenarbeit mit allen in Frage kommenden Faktoren verzichten zu wollen. Denn nur mit ihnen zusammen und nicht ohne oder gegen sie können gute Erfolge erhofft werden.

Unterbringung und Einrichtung.

Zur Organisation gehört auch die Unterbringung und Einrichtung der Fürsorgestellen. Daß darüber noch keineswegs Einigkeit herrscht, davon habe ich mich gelegentlich meiner Besuche und der später mitzuteilenden statistischen

¹⁾ *Berghaus*, Erfahrungen mit der Familienfürsorge, und Sonderfürsorgerin oder Familienfürsorgerin? Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1922, Nr. 2 und 9.

Erhebungen überzeugen können. Daß die Einrichtungen auf dem Lande oder in der Kleinstadt nicht über dieselbe Ausstattung verfügen können und müssen wie die in größeren Städten und der Großstadt, ist selbstverständlich. Daß aber in kleineren Gemeinden und selbst in Städten im Gegensatz zu den *Pütter*schen Wünschen nach Warte-, Aufnahme- und Untersuchungszimmern nicht entsprochen wird, gehört gar nicht zu den Seltenheiten. Sie haben recht häufig gar kein bestimmtes Lokal für die Abhaltung der Sprechstunden zur Verfügung, die häufig nur alle 1—2 Monate oder nur nach Bedarf oder überhaupt nicht abgehalten werden. Die Kranken sind oft gezwungen, in die Wohnung der Gemeinde- oder Fürsorgeschwester zu wandern und werden dann dem nebenamtlich oder ehrenamtlich tätigen Arzte in die Sprechstunde geschickt. Gelegentlich kommt es auch vor, daß Schulräume, Schankstätten oder Tanzsäle ein oder mehrere Male im Monat zu Fürsorgestätten umgewandelt werden. Man muß aber als Hygieniker mit Recht Zweifel äußern, ob das die geeigneten Lokale sind und ob auch immer dort nach Beendigung der Fürsorgetätigkeit alles Erforderliche geschieht, um eine Weiterverschleppung der sicherlich zahlreich zurückgelassenen Krankheitskeime zu verhüten. Man denke nur an die Verschmutzung der Fußböden und der Sitzgelegenheiten mit Krankheitsstoffen resp. Auswurf, die, wenn sie nicht bald nach Abhaltung der Sprechstunden gründlich gereinigt werden, der Staub-, Kontakt- und Schmierinfektion Vorschub leisten können. Hin und wieder werden an ein und derselben Stelle nacheinander, besonders bei der Zusammenfassung verschiedener Fürsorgezweige, an ein und demselben Tage die verschiedensten Sprechstunden erledigt werden, so z. B. nach der Tuberkulose- die Säuglingsfürsorge. Das dürfte aber doch keinesfalls unbedenklich sein. Man denke da nur, worauf von *Becker* u. a. mit Recht hingewiesen wird, an die außerordentlich große Empfänglichkeit der Säuglinge für Tuberkulose.

Es wäre m. E. viel richtiger, die Sprechstunden dort, wo geeignete Lokale fehlen, möglichst in den Räumen der Orts- oder Kreiskrankenhäuser abzuhalten, was mancherorts schon häufiger geschieht und sicherlich bei einigem guten Willen auch überall durchzuführen sein wird. Das hat dann auch noch den Vorteil, daß man die meist vorhandenen Röntgeneinrichtungen zur Erhärtung der Diagnose benutzen kann und außerdem die Möglichkeit hat, im Anschluß an die schon bestehenden Einrichtungen Gelegenheit zu Liegekuren, Sonnen- und Luftbäder zu schaffen. Wo dies aber nicht möglich zu machen ist, gehe man in die Gemeindediakonien oder andere Schwesternstationen, wo geeignete Räumlichkeiten schon aufzutreiben sein werden; natürlich ist auch dort für die erforderliche Hygiene zu sorgen.

Dann kommt es auch hin und wieder vor, daß besonders in Landbezirken Tuberkulosefürsorge von den Gemeinden- oder Kreisfürsorgerinnen ohne ärztliche Untersuchung und Aufsicht getrieben wird. Das muß unbedingt verhindert werden, denn sonst kann es hier leicht zu der schon früher gerügten Kurpfuscherei kommen. Man wende sich da an die Ärzte, die ja jetzt in großer Anzahl vorhanden sind und überall auch auf dem Lande zu haben sein werden, es muß ihnen nur das Gewissen geschärft und das Interesse für die Tuberkulosebekämpfung unter Hinweis auf die Hebung der Volksgesundheit zum Wohle

des Ganzen geweckt werden. Vorläufig stehen noch viel zu viel interesselos der ganzen sozialen Betätigung gegenüber.

Ebenso ist auch die vielfach geübte Verlegung der Fürsorgetätigkeit in die Bureau Räume der Rathäuser, Amtshäuser oder Landratsämter nicht ganz ohne Bedenken, zumal auch dort die ärztliche Betätigung nicht genügend Berücksichtigung findet und besondere Sprech- oder Untersuchungszimmer für Schwester und Arzt meist fehlen. Vielmehr wird auf diese Weise der Bürokratisierung, der papierenen Erledigung der Tuberkulosebekämpfung wieder Vorschub geleistet. Einwandfreie Ausnahmen kommen selbstverständlich auch hier vor. Natürlich wird sich auf dem Lande und in kleineren Gemeinden die Einrichtung einer allen Forderungen entsprechenden Fürsorgestelle nicht überall durchführen lassen und wäre es sehr praktisch, wie *Harms*¹⁾ es vorschlägt, innerhalb größerer Bezirke neben einer größeren Zahl einfacher Beratungsstellen unter Mitwirkung der ansässigen Ärzte eine oder einige möglichst mit Fachärzten besetzte und mit den besten technischen Einrichtungen ausgestattete Fürsorgestelle zu schaffen. Diese müßte dann für den ganzen Bezirk die Diagnose-sicherung in schwierigen Fällen übernehmen und wäre am besten als sog. Kreis-fürsorgestelle mit vielen Filialen einzurichten, wie es in Mannheim u. a. O. bereits der Fall ist.

Bedeutend besser, wenn auch nicht überall ausreichend, sind schon die Unterkunftsräume in den größeren und Großstädten. Verfügen doch da schon die meisten über besondere Räumlichkeiten und wird der Forderung *Pütters* nach Warte-, Aufnahme- und Untersuchungszimmer mit Gelegenheit zur Abhaltung bestimmter wöchentlicher Sprechstunden für Arzt und Schwestern Genüge getan, wie ich später mit genaueren Zahlenangaben dartun werde. Ein Mangel ist nur, daß eigentlich unentbehrliche Einrichtungsgegenstände wie Röntgenapparate, Sputumuntersuchungsvorrichtungen, Mikroskope usw. häufig fehlen. Das sollte mindestens durch entsprechende Abmachungen mit Krankenhäusern, Spezialärzten, Laboratorien usw. ausgeglichen werden, wie es ja schon in den verschiedensten Fürsorgebezirken zur Tatsache geworden ist. Ein Übelstand ist und bleibt diese Aushilfe trotzdem, weil ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis von dem guten Willen der Aushelfenden und manchmal auch ein nicht wieder zu ersetzender Zeitverlust in der Untersuchung und Befürsorgung eintreten kann. Im übrigen ist die Einrichtung und der Betrieb in den einzelnen Fürsorgestellen recht verschiedenartig, was durch die verschiedensten Arbeitsmethoden und die Auffassung der fürsorgeärztlichen wie sozialen Betätigung bedingt ist und dem Besucher in die Augen fällt.

Während nämlich einige Fürsorgestellen selbst in Großstädten recht beengt in ihrem nur mit dem allernotwendigsten ausgestatteten Räumlichkeiten mit nur einigen Schwestern und meist nur einem Arzt in einer Baracke ihr Dasein fristen, haben andere eine oder mehrere Stockwerke oder gar ganze Häuser zur Verfügung mit Laboratorien, mehreren Untersuchungszimmern, Schwesternsprechzimmern, Konferenzsälen, Röntgenräumen, Bureau und Warteräumen. Derartige Einrichtungen machen den Eindruck einer richtigen Poliklinik, es

1) *Harms*, Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1919, Nr. 10.

herrscht dort ein stetes Kommen und Gehen, Ärzte und Schwestern rennen geschäftig hin und her, daneben knattern die Induktoren der Röntgenapparate usw. Man sollte glauben, wo so viel geleistet wird, muß die Tuberkulosefürsorge und Bekämpfung gute Erfolge zeitigen. In einigen dieser Fürsorgestellen ist ja das auch der Fall, erkundigt man sich in anderen aber näher, z. B. nach der Kenntnis der Fürsorgestelle von den in dem Bezirke wohnenden Tuberkulösen, oder wie lange die im Bezirk an Tuberkulose Verstorbenen in Fürsorge waren, so hört man häufig Zahlen, die in gar keinem Verhältnis zu der aufgewandten Arbeit stehen. Außerdem erlebt man es häufig, besonders wenn man mit dem Vorsteher des sehr zahlreich vorhandenen Bureaupersonals spricht, daß mit Stolz von der großen Besucherzahl berichtet wird, für die so und so viel Lebensmittel, so und so viel Büchsen Milch und so und so viel Krankenkost usw. zur Verteilung kamen, aber Zahlen der bekannten Tuberkulösen oder Fürsorglinge sind trotz des Vorhandenseins großer Aktenmengen nicht zu erlangen.

In diesem Zusammenhange möchte ich empfehlen, Karthoteken anzulegen, die es ermöglichen, sich in kurzer Zeit durch die größten Aktenmengen durchfinden zu können und so zu viel Zeitersparnis führen. In der Stettiner Fürsorgestelle ist eine solche in vorbildlicher Weise eingerichtet und mit besonderen Reitern an bestimmten Karten ausgestattet, die es je nach der Erfordernis gestatten, z. B. Offen-Tuberkulose oder Spezialfälle für Heilstätten, Ferienkolonien usw. in ganz kurzer Zeit herauszufinden. Zur schnellen Orientierung finden sich dort schon die wichtigsten Aufzeichnungen und außerdem das Aktenzeichen nebst Standort im Aktenregal, wo der ausführliche Fragebogen sofort zu fassen ist. Eine solche Kartei erleichtert nicht nur den Sprechstunden- und Fürsorgebetrieb, sondern sie fördert auch die Tuberkulosebekämpfung durch Ersparnis sonst nutzlos vertaner Zeit. Sehr zu empfehlen ist auch das *von Hayeksche* Dekadensystem, das im vorigen Jahre in Halle demonstriert wurde und ich selbst in der Münchener Fürsorgestelle in praktischer Anwendung habe sehen können. Ich konnte mich davon überzeugen, daß es innerhalb kurzer Zeit einmal einen Einblick in die Gesamttätigkeit der Fürsorgestelle gestattete und dann aber auch eine gute Übersicht über das Vorgehen gegen die Tuberkulose möglich machte. Ebenso großer Wert ist auch auf eine gute Führung der Fürsorgejournale zu legen, da in den (gutgeführten) Krankengeschichten der Fürsorgestellen ein Material niedergelegt wird, dessen wissenschaftliche und statistische Durcharbeitung von sehr großem Werte für die Entscheidung mancher Streitfragen sein könnte. Wird doch gerade in der Fürsorgestelle mancher Patient vom ersten Lebenstage an erfaßt, um u. U. bis zu seinem Lebensende in ihrer Obhut zu bleiben, gleichzeitig mit ihm aber auch häufig seine ganze Familie. Eine Beobachtungsmöglichkeit wird hier gegeben, wie sie sich wohl bei keiner anderen Stelle bietet. Die Fragen der Mortalität, vor allem aber der Morbidität an Tuberkulose könnten aus richtig geführten Fürsorgebogen ihre Erledigung finden, die Aufstellung von Sterbetafeln usw. wird hierdurch möglich gemacht, wovon wir uns schon an dem reichhaltigen Material der Leipziger, Chemnitzer und Dresdener Fürsorgestellen überzeugen konnten. Im Laufe der letzten 2 bis 3 Jahre sind nämlich im hiesigen hygienischen Institute mehrere recht eingehende und umfangreiche Dissertationen nach verschiedenen Richtungen

angefertigt worden, die leider der hohen Druckkosten wegen nur in ganz kurzen Auszügen zum Abdruck kommen konnten. Auf den Wert sorgfältig geführter Fürsorgeakten ist ja schon früher häufiger z. B. von *Braeuning*¹⁾, *Beschorner*²⁾, *Harms*³⁾ u. a. auch bezüglich der Bewertung therapeutischer Maßnahmen usw. hingewiesen worden, so daß es wohl keinem Zweifel unterliegt, daß die für derartige Schreibearbeit geopferte Zeit sicherlich nicht nutzlos vertan ist.

Weiter klagen dann auch die in einer derartig sonst gut ausgestatteten Fürsorgestelle tätigen Ärzte vielfach über Unstimmigkeiten mit der praktischen Ärzteschaft, von denen ihnen nur wenige Patienten zugeschickt werden. Sie sind häufig gezwungen, durch Verteilung von Lebensmitteln, Milch usw. Kranke oder Personen, die krank sein wollen, heranzulocken. Diese füllen zwar die Warteräume und Sprechstunden, bei ihnen wird aber keine Tuberkulose festgestellt. Sie nehmen vielmehr unnötig kostbare Zeit in Anspruch und belasten außerdem noch den Etat. Überhaupt sollte man mit der Gewährung von Unterstützungen im allgemeinen sparsamer sein und sich lieber in Übereinstimmung mit *Bräuning*⁴⁾ nur dann dazu verstehen, wenn festgestellt ist, daß 1. die hygienischen und gesundheitlichen Verhältnisse der in Frage kommenden Fürsorglinge den notwendigsten Anforderungen nicht genügen und daß 2. der Verdienst der Familie hierfür nicht ausreicht.

Mit anfügen möchte ich Beobachtungen, die mich als Hygieniker auch in anderen sonst mustergültigen Fürsorgestellen sehr häufig gestört haben, nämlich die Enge der Warteräume, die hin und wieder vollgepfropft waren mit vielen zum Teil stark hustenden Fürsorglingen. Wenn auch die meisten unter ihnen recht gute Spuck- und Hustendisziplin hatten, so ist doch in diesen engen Räumen der Tröpfcheninfektion Tür und Tor geöffnet. Es ist dieses um so bedauerlicher, als unter den Besuchern häufig genug Gesunde anzutreffen sind, die hier der Infektionsgefahr ausgesetzt werden. Daß dieses übrigens nicht nur eine Beobachtung von mir ist, habe ich durch vielfache Äußerungen von Ärzten, ja auch von Laien bestätigt gefunden, unter denen mir gegenüber einer den Anspruch tat, daß er sich hüten würde, eines seiner Kinder dorthin zu schicken, denn wenn es noch nicht tuberkulös wäre, dort könne es leicht dazu kommen. Also vor allem große, luftige, sonnige Wartezimmer mit Sitzgelegenheiten, die möglichst voneinander getrennt sind. Als mustergültig ist hier der Chemnitzer Warteraum, eine ehemalige große Glasveranda, anzuführen.

Da ich nun gerade bei der Infektionsmöglichkeit in der Fürsorgestelle selbst bin, so möchte ich noch auf eine Beobachtung hinweisen, die ich vielfach in den Aufnahmezimmern habe machen können. Die Besucher, vor allem aber die

¹⁾ *Braeuning*, Die Bedeutung der Krankengeschichten der Fürsorgestellen für Praxis und Wissenschaft. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 3. — Kritischere Berichterstattung über die Tuberkulosebekämpfung. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1918, Nr. 1 und Einführung einer zuverlässigen Statistik der Tuberkulosesterblichkeit im Interesse der Tuberkulosebekämpfung. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1921, Nr. 5/6.

²⁾ *Beschorner*, Anregung zur Sammelforschung auf den Fürsorgestellen für Lungenkranke. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1921, Nr. 5/6.

³⁾ *Harms*, im „Beitrag zu einer zukünftigen, einheitlichen Entwicklung der Lungenfürsorgestellen auf Grund der Mannheimer Organisation“. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1919, Nr. 10.

⁴⁾ *Braeuning*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt. Jahrg. 1 Heft 8.

Neuaufnahmen, werden dort von den Schwestern oder Bureauangestellten nach ihren Personalien, Lebenslauf usw. gefragt, um das Fürsorgejournal anzulegen, in dem dabei der evtl. schon Schwerkranke mit bacillenhaltigen Hustentröpfchen neben oder gegenüber dem Ausfrager sitzt. Dieser ist nun, wenn nicht darauf geachtet wird, und das kommt leider oft vor, den Hustenstößen des Kranken ausgesetzt, so daß gelegentlich Infektionen des Fürsorgepersonals vorkommen müssen. Zur Abstellung dieser Übelstände möchte ich eine Einrichtung empfehlen, die *Bräuning* in der Stettiner Fürsorgestelle durchgeführt hat. Das ganze Aufnahmezimmer ist durch eine Kette so geteilt, daß in der einen Hälfte, die der Fürsorgling betritt, nur eine Sitzgelegenheit für diesen, eine Personenwage und ein Größenmaßstab und in der anderen, in ca. 1 Meter Entfernung von der Kette, der Schreibtisch nebst Sessel für den Ausfrager aufgestellt gefunden hat. Außerdem befinden sich die Durchgangstüren für sämtliche Sprech- und Bureauräume alle innerhalb des Zimmerteils, der durch die Kette vor dem Patientenanteil getrennt ist. Auf diese Weise wird jeder zu nahe Verkehr mit der Infektionsquelle vermieden.

Im Gegensatz zu diesen großen geräuschvollen Betrieben habe ich nun auch solche angetroffen, in denen es trotz ganz vorzüglicher Einrichtung ganz ruhig herging und alles den Eindruck einer präzisen Zeiteinteilung und Ausnutzung machte. Die Patienten waren alle zu bestimmten Zeiten bestellt und kam es nie zu solchen unnützen Anhäufungen. Es handelte sich hier meist um Fürsorgestellen, die in besonders gutem Einvernehmen mit der Ärzteschaft und den sonst in Frage kommenden Faktoren arbeiteten. Sie haben durchwegs gute Arbeitsergebnisse aufzuweisen und Zahlen zu verzeichnen, die bezüglich der Auffindung, Befürsorgung, Wohnungssanierung und Verschickung der Tuberkulösen an erster Stelle marschieren. Man hat den Eindruck, hier wird Qualitäts- und nicht nur Quantitätsarbeit geleistet. Auch fehlt hier der große Beamtenapparat und wird alles größtenteils durch die Fürsorgeärzte und Schwestern selbst erledigt. Vorbedingung hierfür sind Schwestern und Ärzte, die ihre Tätigkeit fast ganz in den Dienst des Betriebes stellen, Erscheinungen natürlich, deren Verwirklichung nur selten durchführbar ist und auch fürderhin sein wird.

Außerdem gibt es Fürsorgestellen, die neben den eigentlichen Bureaus und Untersuchungsräumen noch über Einrichtungen, wie Walderholungsstätten, Liegehallen, Tageserholungsstätten, Kinderheime usw. verfügen, deren Belegung sie allein vorzunehmen haben. Das kann von großem Nutzen für ihre Tuberkulösen sein, wenn hier die richtige Auswahl getroffen und die nötige sachverständige Aufsicht geführt wird. Auch würden die in Deutschland von Hallé aus zuerst eingeführten Schlafpavillons für gefährdete Kinder aus verseuchten Familien überall dort empfehlenswert sein, wo die nötigen Mittel und geeigneten Räume zur Verfügung stehen.

Eine Besonderheit einzelner Fürsorgestellen besteht in der Durchführung spezifischer Behandlungsmethoden. Für diese Zwecke stehen ihnen besondere Räume mit Bestrahlungsvorrichtungen von künstlicher Höhensonne, Quarzlampe, Finsenlicht usw. zur Verfügung. Solche Einrichtungen werden im Interesse einer intensiven Tuberkulosebekämpfung nur dort zu empfehlen sein, wo genügend sachverständiges Personal vorhanden ist und nicht das Interesse

der übrigen Ärzteschaft gestört wird; denn sonst wird der Nutzen für die Allgemeinheit recht zweifelhaft sein. Wir kommen später auf die Behandlungsfrage zurück.

Andere Stellen verfügen über eigene Soolbäder, wie z. B. Apolda. Dort ist überhaupt die ganze Anlage an einem Berghang recht hübsch und des Besuches wert. Mit ihren getrennten Liegehallen für offene und geschlossene Tuberkulöse, Speisesälen, Sonnen-Luftbad und Höhensonnebestrahlungen erinnert sie geradezu an einen Sanatoriumsbetrieb.

Ganz anders als sonst ist die Einrichtung der Fürsorgestelle Frankfurt a. M., die ich deshalb kurz beschreiben möchte. Gemäß dem dortigen Arbeitsprogramm, das in Auskunftserteilung, in Belehrung und Aufklärung der Bevölkerung und in Fürsorge für Kranke und deren Angehörige neben Fortfall jeder ärztlichen Untersuchung oder Behandlung besteht, fehlt dort jegliches Gepräge einer Poliklinik oder eines Ambulatoriums. Neben einem großen luftigen Warteraume liegt ein durch Einbau von geräumigen Kojen in zehn Sprechzimmer umgewandelter Saal. Dort hält jede der zehn Schwestern für den ihr zugeteilten Stadtbezirk zu bestimmten Zeiten Sprechstunden ab und erledigt in ihrer von Wohnungsbesuchen freien Zeit den erforderlichen Schriftverkehr und die Führung der Fürsorgejournale, die auf der einen Seite des Saales in einer großen, sehr übersichtlichen Registratur untergebracht sind. Anschließend an diesen Saal befindet sich ein großes ärztliches Sprechzimmer, das außer Schreibtisch und anderen Möbeln nur noch eine Personenwage aufzuweisen hat. Ärztliches Instrumentarium fehlt so gut wie ganz. Dieses Zimmer dient vor allem zu Besprechungen der Ärzte mit den Schwestern, da der Leiter (*Oxenius*) die ständige Fühlungnahme zwischen Fürsorgearzt und Fürsorgeschwester für unumgänglich nötig hält. Jeder Hausbesuch, jede Beratung in der Sprechstunde wird am selben Tage bezüglich der evtl. einzuleitenden Fürsorgemaßnahmen gemeinschaftlich besprochen und in die Akten eingetragen. Daneben liegt ein großer Vortragssaal und ein kleines Bureau für den Sekretär, der hier den geschäftlichen Teil der Fürsorgearbeit zur Abwicklung bringt. Außerdem hat die Fürsorgestelle in dem Dachgeschoß des Hauses noch einen geräumigen Vorratsraum, der mit Bettgestellen, Matratzen, Kissen, Bettwäsche usw. dicht angefüllt ist und von wo aus jährlich viele bedürftige Tuberkulöse und ihre Angehörigen versorgt werden. Es ist also bei dieser Einrichtung der sozialhygienische Teil der Fürsorge durchaus in den Vordergrund gerückt. Das wird sich wohl nur dort empfehlen, wo, wie in Frankfurt, ein sehr gutes Zusammenarbeiten mit der Ärzteschaft und den Krankenhäusern usw. vorhanden ist. Es ist aber auch noch erforderlich, daß nur derjenige in Fürsorge genommen wird, der einen ärztlichen Überweisungsschein mitbringt, aus dem einwandfrei hervorgeht, daß es sich um Tuberkulose handelt; denn sonst kann es leicht zu einer Ausbeutung der Fürsorgestelle durch Nichttuberkulöse kommen. Weiter ist in manchen Krankheitsfällen, deren Beurteilung von Faktoren abhängt, um die sich der praktische Arzt wegen Zeitmangels nicht kümmern kann, eine vertrauensärztliche Untersuchung notwendig, die freilich in Frankfurt durch Universitätskliniken und Polikliniken erledigt wird. Der ganze Betrieb ist in Frankfurt gut eingespielt und einwandfrei; ob er sich für andere Städte eignet, ist mehr

als zweifelhaft, da über die Interesselosigkeit der Ärzteschaft und auch der Krankenhäuser vielfach berechtigte Klage geführt wird. Man wird deshalb meist auf die ärztliche Untersuchung als Grundlage für jegliche fürsorgliche Maßnahmen nicht verzichten können und auch nicht auf jeden Patienten, der ohne mitgeteilten ärztlichen Befund die Fürsorgestelle aufsucht.

Arbeitsmethoden.

a) Aufnahme- und Untersuchungswesen.

Das bringt mich auf eine weitere bisher nicht entschiedene Streitfrage, wer nämlich die Fürsorgestelle besuchen soll, wer dort untersucht und befürsorgt resp. beraten werden soll? Die Ansichten sind hier sehr geteilt, da

1. manche Fürsorgestellen alle aufnehmen, auch diejenigen, die sich selbst melden und glauben, tuberkulös zu sein. Alle werden untersucht, beraten und diejenigen befürsorgt, die nach Ansicht der Fürsorgeärzte dessen bedürfen.

2. Andere Fürsorgestellen gehen entsprechend den *Pütterschen* Leitsätzen vor, indem sie alle die Fälle untersuchen und befürsorgen, die nicht in ärztlicher Behandlung stehen. Von den in Behandlung stehenden werden die mit ärztlichem Überweisungsschein sofort aufgenommen und untersucht, während die anderen zunächst ihrem behandelnden Arzt zugeschickt und nur dann von dem Fürsorgearzt untersucht werden, wenn das ärztliche Einverständnis für die Untersuchung und Aufnahme gegeben ist. Bei Weigerung des Arztes wird neben der Untersuchung auch die Beratung abgelehnt.

3. Einige Fürsorgestellen nehmen alle Kranken auf, welche ihnen von Ärzten und Behörden zugeschickt werden, auch wenn sie nicht tuberkulös sind, ebenso die Haushaltungsangehörigen der offenen Tuberkulösen ohne ärztliche Überweisung, sobald sie sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden. Selbstmeldungen schicken diese Fürsorgestellen mit Überweisungsschein zum Arzt und überlassen ihm die Entscheidung, ob eine Meldung nötig ist.

4. Wieder andere Fürsorgestellen, wie z. B. Mannheim, lehnen jede ärztliche Untersuchung und Aufnahme bei Patienten ohne Überweisungsschein ab, diese können höchstens beraten werden. Alle übrigen mit Überweisungsschein werden zunächst untersucht und im Bedarfsfalle befürsorgt.

5. Endlich gibt es noch vereinzelt Fürsorgestellen, die, wie z. B. in Frankfurt a. M., allen Rat und Auskunft erteilen, die sich über die die Tuberkulose betreffenden Fragen informieren wollen. Aufgenommen und befürsorgt werden aber nur diejenigen, die die Ärzte als sicher tuberkulös überweisen. Patientenuntersuchung selbst wird nicht vorgenommen.

Die erste Kategorie hat hauptsächlich in großen und größeren Städten Verbreitung gefunden. Man hat dabei aber nicht daran gedacht, daß durch ein derartiges Vorgehen, wie zahlreiche Beispiele gezeigt haben, die Ärzteschaft in ihrer wirtschaftlichen Lage und ihrem beruflichen Ansehen geschädigt wurde und in der Fürsorgestelle ein Konkurrenzunternehmen sah, dem sie die Mitarbeit versagen mußte. Da aber auf die Mitarbeit der Ärzteschaft, wie allenthalben betont wird, alles ankommt, so ist dieses System der Sucht, alles aufzunehmen und zu untersuchen, abzulehnen. Es ist nämlich falsch, wie *Be-*

*schorner*¹⁾ sehr richtig hervorhebt, wenn in den Fürsorgestellen nur Wert darauf gelegt wird, eine möglichst große Anzahl Kranker zu untersuchen, um einige Lungenkranke herauszufinden. Der Aufwand an Zeit und Mühe wird da niemals im richtigen Verhältnis zum Erfolge stehen, es wird vielmehr die Kraft des Personals verschwendet und eine Menge Menschen angelockt, die der Fürsorge nur zur Last fallen und an die schließlich doch unnötige Mittel verschwendet werden.

Diese Gesichtspunkte werden in jeder der vier anderen Kategorien mehr berücksichtigt, besonders aber von der vierten und fünften, die ohne ärztliche Überweisung jede Aufnahme in Fürsorge ablehnen. Am weitesten gehen hier die Fürsorgestellen der fünften Kategorie, die auch noch ihre ganze fürsorgereiche Tätigkeit unter Ablehnung jeder weiteren Untersuchung in der Fürsorgestelle allein auf den mitgeteilten ärztlichen Befund aufbauen. Das wird aber nur in Städten mit guten und ausreichenden Spezialärzten, Kliniken usw. durchführbar sein, muß aber aus den bei der Beschreibung der Fürsorgestelle Frankfurt dargelegten Gründen für die meisten anderen Städte abgelehnt werden, zumal man bei diesem ebenso wie bei dem vierten von *Harms* vertretenen System auch auf alle die Kranken verzichten müßte, die aus eigenem Antrieb mit oder ohne Wissen des behandelnden Arztes die Fürsorgestelle aufsuchen.

Wenn man sich diesen gegenüber in der von *Pütter* empfohlenen und in der unter 3. angegebenen Weise verhält, so wird man die Ärzteschaft nicht benachteiligen und auch nicht auf alle die vielen Selbstmeldungen zu verzichten brauchen, ohne die manche Fürsorgestelle fast zur Untätigkeit verdammt wäre. Auf diese Selbstmeldung wird man natürlich dort verzichten können, wo die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, Behörden, Schulen, Landesversicherungsanstalten, Krankenhäusern, Krankenkassen, Heilstätten usw. tadellos funktioniert, wie z. B. in Stettin, Mannheim, Frankfurt usw. Da dieses vorläufig nur an wenigen Orten der Fall ist, wird im allgemeinen die Beibehaltung der von *Pütter* angeratenen oder die 3. angegebene Arbeitsweise vorzuziehen sein. Auch ist die in der vierten Kategorie geübte Beratung ohne fürsorgeärztliche Untersuchung aus den von *Kayserling*²⁾ dargelegten Gründen nicht sehr empfehlenswert.

b) Behandlung in den Fürsorgestellen.

Eine ebenso heiß umstrittene Frage ist die der Behandlung. Daß mit ihrer glatten Ablehnung im Gegensatz zu der Annahme *Gumprechts*³⁾ bereits vielfach gebrochen ist, beweist die Zusammenstellung *Hesses*⁴⁾ vom D.Z.K. für 1920. Danach nehmen von 838 Fürsorgestellen 120 Tuberkulin, 180 Licht- und 6 Pneumothoraxbehandlung vor. Viele andere, wohl die meisten, treiben Ernährungstherapie, viele auch Hydrotherapie, eine ganze Reihe verleihen Liegestühle

¹⁾ *Beschorner*, Grundzüge und Vorschläge zur Durchführung einer einheitlichen Fürsorgetätigkeit auf den Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke des Freien Ausschusses zur Bekämpfung der Schwindsucht in Dresden. — Nach 10jährigen Erfahrungen entworfen und zusammengestellt.

²⁾ *Kayserling*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1919, Nr. 10.

³⁾ *Gumprecht*, Handbuch der Hygiene von Weyl, II. Aufl. VIII. Bd., 3. Abt. Tuberkulose. 1921.

⁴⁾ *Hesse*, Geschäftsbericht des D.Z.K. 1922.

und zeigen den Kranken, wie sie zu Hause Liegekur machen können, einige geben sogar Medikamente. Bereits im Jahre 1917 hatte *Helm*¹⁾ mitgeteilt, daß der bisherige Grundsatz der Ablehnung verlassen ist.

Gefordert wird die Behandlung vor allen von denen, die gebieterisch eine größere Aktivität der Fürsorgestelle fordern, die in erster Linie auf die Übernahme der Behandlung hinausläuft. Gefordert wird sie u. a. von *Fränkel-Badenweiler*²⁾, *Petruschky*³⁾, *Kraus*⁴⁾ und besonders von *Neufeld*⁵⁾, der mit dem Bekenntnis nicht zurückhält, „daß ihm eine Fürsorge, deren wesentlichster Teil in Laienhänden liegt, immer nur als ein Notbehelf und daß ihm die grundsätzliche Trennung von Fürsorge und ärztlicher Behandlung im Grunde unnatürlich erscheint“. Für die prophylaktische Behandlung der Kinder in der Fürsorgestelle tritt dann besonders *Jännicke*⁶⁾ ein, ebenso *Kruse*⁷⁾. Auch *Blümel-Halle*⁸⁾ hat schon seit Jahren eine spezifische Nachbehandlung der Tuberkulösen bei den Kranken, die aus öffentlichen Kosten Heilstättenkuren durchgemacht hatten, durchgeführt, um nach Möglichkeit bei ihnen einen Kurerfolg zu erhalten.

Aus dem Gesagten geht also hervor, daß bezüglich der Gewährung der Behandlung folgende Standpunkte vertreten werden:

1. Jede Behandlung wird rundweg abgelehnt.

2. Prophylaktische Tuberkulinkuren oder *Friedmannsche* Schutzimpfungen (nicht Heilimpfungen) werden vom Fürsorgearzt in der Fürsorgestelle durchgeführt, sonst aber jede andere Art abgelehnt.

3. Tuberkulinkuren und sonstige Versorgung der unbemittelten Kranken, die aus Heilstättenkuren entlassen sind, werden von der Fürsorgestelle selbst vorgenommen.

4. In den Fürsorgestellen wird neben prophylaktischer und Heilbehandlung Tuberkulin- und Hydrotherapie, Strahlenbehandlung, Durchführung von Liegekuren, Verabreichung von Medikamenten getrieben und in einigen auch Pneumothoraxanlegung und Fortführung übernommen.

Die Vertreter der Kategorien 2—4 führen vor allen Dingen die Berechtigung der Behandlung durch die Fürsorgestellen darauf zurück, daß nur in den wenigsten Fällen Armen- und Kassenärzte, ja oft nicht mal die Privatärzte die Zeit haben, eine spezifische Therapie und die anderen angeführten Behandlungsmethoden bei ihren Tuberkulösen mit der nötigen Sorgfalt und der meist erforderlichen langen Behandlungsdauer, die sich unter Umständen in Etappen über Jahre hinaus erstrecken muß, durchzuführen. Auch Polikliniken und Tuberkulosepolikliniken, die hierfür hauptsächlich in Frage kommen könnten, sind nicht in genügender Anzahl vorhanden, und außerdem wird auch das Nebeneinanderarbeiten von zwei Instituten für dieselbe Krankheit als keine ideale Lösung betrachtet. Bei völligem Verzicht auf jede Behandlung durch die

¹⁾ *Helm*, Vortrag über Zweck und Einrichtung der Fürsorgestellen für Lungenkranke 1917.

²⁾ *Fränkel-Badenweiler*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1917, Nr. 12.

³⁾ *Petruschky*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1918, Nr. 9.

⁴⁾ *Kraus*, Zeitschr. f. Tuberkul. **29**, Heft 2.

⁵⁾ *Neufeld*, Zeitschr. f. Tuberkul. **29**, Heft 2.

⁶⁾ *Jännicke*, Zeitschr. f. Tuberkul. **33**, Heft 5.

⁷⁾ *Kruse*, Zeitschr. f. Tuberkul. **34**, Heft 5.

⁸⁾ *Blümel*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1920, Nr. 1.

Fürsorgestellen muß ihres Erachtens eine Lücke in der Tuberkulosebekämpfung entstehen, was unbedingt zu verhindern sei.

Dagegen ausgesprochen haben sich von jeher *Pütter* und mit ihm vor allem in neuester Zeit *Oxenius*¹⁾, *Harms*²⁾, *Liebe*³⁾, *Altstädt*⁴⁾ und viele andere, die eine Hauptgefahr für die gedeihliche Entwicklung der Fürsorgestellen in der Forderung nach ärztlicher Behandlung erblicken. Sie befürchten, daß die praktischen Ärzte dann in der Fürsorgestelle noch mehr als bisher ein Konkurrenzunternehmen erblicken und ihr jetzt im Schwinden begriffenes Mißtrauen erneut einsetzt, daß also auf ihre segensreiche Mitarbeit dann wieder verzichtet werden muß. Weiter weisen sie mit Recht auf die dadurch entstehende Neubelastung des jetzt schon unzulänglichen Personals und des Finanzetats durch die Umstellung zur ambulanten Behandlungsstation hin, die alle Einrichtungen für alle Spezialgebiete aufweisen müßten. Zu bedenken ist weiter, daß jetzt schon viele Fürsorgestellen ohne Gewährung von Behandlung mit Unterbilanz arbeiten und nicht wissen, woher sie die nötigen Mittel nehmen sollen. Es würde darunter die eigentliche Fürsorgearbeit noch mehr leiden, als sie es an manchen Orten jetzt schon tut.

Für die Durchführung der Tuberkulinbehandlung in den Fürsorgestellen spricht ja vieles besonders auf dem Lande und in den Städten, wo praktische Ärzte fehlen oder aber damit einverstanden sind. Es ist aber doch zu erwägen, ob es nicht auch dort ratsamer wäre, die Behandlung bedürftiger Tuberkulöser an Zentralstellen im Sinne *Benindes*, an Polikliniken oder an öffentliche Behandlungsstätten für Tuberkulose zu verweisen, die mit der Fürsorgestelle Hand in Hand arbeiten oder ihr angegliedert sein müßten. In solchen Städten könnten dann auch andere Behandlungsmethoden wie Bestrahlungen mit Höhensonne, Quarzlampen usw. Berücksichtigung finden, je nachdem die handelnden Ärzte hiervon Erspreißliches für ihre Patienten erhoffen.

Einen weiteren sehr zu berücksichtigenden Vorschlag macht neuerdings *Altstädt*⁵⁾ aus Lübeck, wo in der Fürsorgestelle auf jede Behandlung verzichtet wird, dagegen behandeln aber auf Anregung der Fürsorgestelle neben vielen Spezialisten 77% der praktischen Ärzte ihre Tuberkulösen ambulant mit spezifischen Methoden und scheinbar mit gutem Erfolge, wie die bisherigen 4-jährigen Erfahrungen zeigen. Auf diese Weise geschieht mehr für die Behandlung der Tuberkulösen, ohne daß die Fürsorgestelle unnötig belastet wird. Im Gegenteil zieht sie nur Nutzen daraus, wie es das wachsende Zutrauen der Ärzteschaft in Gestalt von Überweisungen und gedeihlicher Mitarbeit beweist.

Ebenso wie *Oxenius* bin ich durchaus der Ansicht, daß die prophylaktische Behandlung an sich Aufgabe der Fürsorgestelle wäre, wenn wir ein sicheres und für die breite Masse anwendbares Mittel besäßen. Da dieses aber bisher noch aussteht, so scheint es hier höchstens angezeigt, daß einzelne Fürsorge-

1) *Oxenius*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1917, Nr. 2.

2) *Harms*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1919, Nr. 6.

3) *Liebe*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1919, Nr. 2.

4) *Altstädt*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1920, Nr. 7.

5) *Altstädt*, Die Umstellung der Angriffsfront gegen die Tuberkulose. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1920, Nr. 7 und 1922, Nr. 4.

stellen, die nach den örtlichen Verhältnissen dazu in der Lage sind, dahingehende umfangreiche Versuche unternehmen, um hier Aufklärung zu schaffen. | Im allgemeinen scheint es mir aber jetzt, wo besonders viele Ärzte in hartem wirtschaftlichem Kampfe stehen und Eingriffe in die Behandlung der Tuberkulösen nur ungern sehen würden, noch nicht angezeigt, von dem alten Grundsatz *Pütters* „keine Behandlung in den Fürsorgestellen“ abzugehen. Schließlich ist ja auch noch zu bedenken, daß, wenn die Spezialbehandlung aller Tuberkulösen, wie viele Fürsorgeärzte es erstreben, durch die Fürsorgestelle erfolgte, es ja mal zu einem Zeitpunkte kommen müßte, wo den praktischen Ärzten nur noch einige wenige Tuberkulosefälle zu behandeln blieben. Das würde aber nicht allein die Unkenntnis der Ärzte der Tuberkulose gegenüber befördern, die doch nach Ansicht führender Fürsorgeärzte unbedingt vermieden werden soll, sondern es würde auch ein für die Allgemeinheit nicht wieder gutzumachender Schaden daraus resultieren. Das gerade Gegenteil muß erstrebt werden, die Ergebnisse der Tuberkuloseforschung und -Behandlung müssen im Interesse der Tuberkulosebekämpfung möglichst Allgemeingut der gesamten Ärzteschaft werden.

Entlastung der Fürsorgearbeit.

Daß übrigens die meisten Fürsorgestellen nicht noch mehr Lasten, wie sie die Übernahme der Behandlung bedeuten würde, auf sich nehmen können, beweisen die in den letzten Jahren häufiger gemachten Vorschläge, die eine Entlastung der Fürsorgearbeit erstreben. Es erhebt sich daher die Frage, gibt es überhaupt für die Fürsorgestellen Aufgaben, deren Erledigung hinter andere wichtigere zurückgestellt werden darf, ohne daß dadurch eine fühlbare Lücke in der Tuberkulosebekämpfung, wie sie durch die Fürsorgestellen erfolgen soll, gerissen wird? Veranlassung gegeben zur Erörterung dieser Frage hat ein von *Bräuning*¹⁾ verfaßter Aufsatz: „Sind Änderungen in der Arbeitsweise der Fürsorgestellen für Lungenkranke erwünscht?“

In dieser Arbeit weist er mit Recht darauf hin, daß sich in gut arbeitenden Fürsorgestellen die Anforderungen zu rasch vermehren. Da die wenigsten Stellen ihre Arbeitskräfte und Geldmittel entsprechend vergrößern können, so wird es viele geben, die ihre Aufgabe nicht voll und ganz zu erfüllen in der Lage sind. Sie werden daher gezwungen, einen Teil aufzuschieben oder unerledigt zu lassen. Und da fragt es sich nun, ob es unter den Obliegenheiten der Fürsorgestellen solche gibt, die wegen ihrer Wichtigkeit im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit eher zur Erledigung zu bringen sind als andere weniger wichtigere, die vielleicht nur für den einzelnen Kranken Bedeutung haben. Die wichtigsten zunächst zu erledigenden Arbeiten sind aber seines Erachtens die, welche 1. der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit zugute kommen und welche 2. von keinem anderen Institut oder sonstigen Organisationen erledigt werden können. Von diesem Standpunkte aus betrachtet *Bräuning* die verschiedenen Aufgaben der Fürsorgestellen, bei denen sich zwei Gruppen unterscheiden lassen, einmal *die mehr hygienischen*, die die ambulante oder stationäre Isolierung der Offen-Tuberkulösen inkl. Überwachung ihrer

¹⁾ *Bräuning*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1915, Nr. 5 (und außerdem Nr. 7 und 10).

Angehörigen und Häuslichkeit zu erledigen haben, und dann *die mehr klinischen*, die sich mit der frühzeitigen Erkennung der Erkrankung, Veranlassung der Behandlung und Gesundheitskontrolle bei den Geschlossen-Tuberkulösen und Tuberkulose-Verdächtigen beschäftigen. Er kommt dabei zu dem Schlußergebnis, daß er den mehr hygienischen Aufgabenkreis, also die Auffindung aller Fälle von offener Tuberkulose und ihre Sanierung für die erste und wichtigste Pflicht jeder Fürsorgestelle hält, die in keinem Falle versäumt werden darf. Er hält es für falsch, evtl. im Interesse einer guten Statistik mit großen Besuchsziffern möglichst viel Fälle von geschlossener Tuberkulose und Verdächtigen in Fürsorge zu nehmen, ehe nicht die Offen-Tuberkulösen einigermaßen erledigt sind.

Von den Geschlossen-Tuberkulösen und Verdächtigen müßten Kassen- und Armenärzte die ihnen zukommenden Kranken untersuchen und zur Fürsorge überweisen, nur Unbemittelte, Nichtversicherte würden dann zur Untersuchung übrigbleiben. Weiter müßten die Neuzugänge zunächst dem Haus- oder Kassenarzt zugeschickt und nur dann in Fürsorge genommen werden, wenn diese es für nötig halten. Ebenso könnten diese die Fürsorgestellen auch bei der fortlaufenden Gesundheitskontrolle unterstützen. Auch müßten die Kassen ihre Kranken sog. Tuberkulosestationen überweisen, wodurch die Fürsorgestelle wesentlich entlastet würde. Außerdem seien bei Geschlossen-Tuberkulösen nur Belehrungen vorzunehmen, es sei von ihnen auch nicht der Gebrauch von Taschenspuckflaschen, ein eigenes Schlafzimmer oder die gesonderte Behandlung ihrer beschmutzten Wäsche zu verlangen; Gestellung von Betten oder Schwesternbesuche kämen nur ausnahmsweise in Frage. Eine gründliche hygienische und finanzielle Sanierung könne aus Mangel an Geld und Arbeitskräften auch nicht in Frage kommen. Diese Unterlassungen hält er auch für unbedenklich, da nach seinen Erfahrungen nur eine relativ kleine Zahl dieser Geschlossen-Tuberkulösen in den nächsten Jahren in ein infektiöses Stadium kommen, die dann doch meist rechtzeitig zur Kenntnis gelangten. Auf diese Weise glaubt er die Arbeit der Ärzte und Schwestern leichter und erfreulicher gestalten zu können neben zweckmäßiger Verteilung der Arbeitskräfte und der Geldmittel.

Dieser Artikel hat zu einer regen Diskussion Anlaß gegeben, die, wie *Kayserling*¹⁾ abschließend feststellte, nicht nur keinen Zweifel über die Notwendigkeit systematischer Familienuntersuchungen ließ, sondern auch die Untersuchung und fortlaufende Beobachtung der Geschlossen-Tuberkulösen und Verdächtigen neben der der Offen-Tuberkulösen als erforderlich zu erkennen gab. Neue Vorschläge zur Abstellung der Überlastung und zur Beschaffung der nötigen Mittel wurden aber von keiner Seite gemacht, vielmehr sollte alles beim Alten bleiben.

Trotzdem arbeitet nach diesen Gesichtspunkten unter *Bräunings* Leitung die Stettiner Fürsorgestelle mit bekanntlich recht guten Ergebnissen und auch schon viele andere insofern nämlich, als sie die Selbstmeldungen einfach ablehnen und nur vom Arzte überwiesene Patienten aufnehmen und befürsorgen, wodurch die Arbeitszeit lediglich auf wirklich Bedürftige, nicht aber auf solche unsichere Kandidaten verwandt wird, die nur hinter dem Rücken ihres Arztes

¹⁾ *Kayserling*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1915, Nr. 10.

einmal gründlich untersucht oder mit Lebensmitteln resp. mit Lebensmittel-attesten versorgt werden wollen. Eine so scharfe Trennung der Befürsorgung der Offen-Tuberkulösen von der der Geschlossenen wird aber wohl nur höchst selten durchgeführt, wenn auch die Fürsorglinge mit positivem Bacillenbefund in fast allen Fürsorgstellen eine besondere Berücksichtigung finden. Und das ist auch ganz gut vom Standpunkt des Hygienikers aus, denn für die Seuchenbekämpfung kann nicht jeder sog. geschlossene Tuberkulosefall immer als nicht infektiös angesehen werden, sondern jeder wirkliche Lungentuberkulosefall ist schon infektiös oder kann es früher oder später werden. Nur Grad und Zeitdauer der Infektiosität sind Schwankungen unterworfen. Dieses aber bei den Geschlossen-Tuberkulösen im voraus bestimmen zu wollen, dürfte doch wohl, worauf *Harms*¹⁾ mit Recht hinweist, zu den Unmöglichkeiten selbst einer gut arbeitenden Fürsorgestelle gehören. Hier reicht die bakteriologische Untersuchung allein nicht aus, sondern die klinische und röntgenologische Begutachtung muß mit zu Rate gezogen werden. Um hier Fehlschläge zu vermeiden, scheint es eher angezeigt, die Fürsorgestelle auf andere Weise zu entlasten, indem man nämlich, wie z. B. in Gelsenkirchen, neben der Hauptfürsorgestelle noch einige kleinere Sprechstundenstationen in einzelnen zusammengefaßten Stadtbezirken einrichtet. Dort haben ehrenamtlich oder nebenamtlich tätige praktische Ärzte unter Assistenz der zu den Bezirken gehörigen Fürsorgeschwestern bei den zur Aufnahme kommenden oder überwiesenen Patienten den Krankheitsbefund und die evtl. Fürsorgebedürftigkeit usw. festzustellen. Die Befürsorgung erfolgt sodann durch die Zentralstelle. Auf diese Weise wird also unter Zuhilfenahme der praktischen Ärzte eine möglichst große Patientenzahl erledigt, ihre evtl. Fürsorgebedürftigkeit einwandfrei festgestellt und so die Hauptfürsorgestelle als Zentralstätte aller dieser zeitraubenden Vorarbeiten entlastet, so daß sie sich ganz ihrer Hauptaufgabe, der Aufsuchung und Einschränkung der Seuchenherde, hingeben kann. Diese Einrichtung bringt also, um mich an *Bräunings* Gruppeneinteilung zu halten, eine *Dezentralisation der klinischen* und eine *Zentralisation der hygienischen Maßnahmen*.

Sie wird sich dort leicht einführen lassen, wo, wie in Gelsenkirchen, die Kommunen die Träger sind und in städtischen Gebäuden die nötigen Räumlichkeiten für die Sprechstundenstationen zur Verfügung stehen. Eine größere Schwesternzahl ist nicht erforderlich, da den Stationen zur Erledigung ihrer Tätigkeit die in den zugehörigen Bezirken sowieso schon tätigen Lungenfürsorgeschwestern zur Verfügung stehen. Auch wo Vereine als Träger in Frage kommen, braucht die Einführung sicherlich nicht an der Kostenfrage zu scheitern, denn in den Ländern, wo, wie z. B. in Sachsen, durch eine gesetzliche Regelung die ganze Wohlfahrtstätigkeit zur Aufgabe der Gemeinden gemacht wird, sind die Kosten und die Frage der Räumlichkeitsbeschaffung sicherlich ohne große Schwierigkeit gemeinsam mit den Gemeinden und den sonst in Frage kommenden Faktoren zu regeln. Auch sonst dürfte dies wohl von Vereinen in Gemeinschaft mit den Kommunen usw. zu erreichen sein, wie es das Beispiel in Mannheim zeigt, wo der Träger der Fürsorgestelle, nebst Filialen ein Verein ist,

¹⁾ *Harms*, Bericht der städt. Lungenfürsorgestelle und des Lungenspitals Mannheim über die Tätigkeit für den Zeitraum vom 1. IV. 1920 bis 31. III. 1921.

die Finanzierung, vor allem aber die Bereitstellung der Personalausgaben durch die Kommune erfolgt. Außerdem verspreche ich mir von dieser Einteilung in kleinere Bezirke wegen ihrer leichteren Übersichtlichkeit viel mehr sowohl für die Auffindung wie für die Überwachung und Befürsorgung der Tuberkulösen, zumal ich mich nach statistischen Erhebungen und Vergleichen nicht des Eindrucks erwehren kann, je kleiner der Bezirk, um so besser die Ergebnisse.

Weiter dürfte es zur Verminderung der Arbeit in überlasteten Fürsorgestellen angezeigt erscheinen, das mancherorts noch übliche fortgesetzte Nachuntersuchen der vorgeschrittenen offenen Tuberkulösen wesentlich einzuschränken, worauf *Blümel*¹⁾ mit Recht hinweist und was auch bereits in vielen Fürsorgestellen, wie z. B. hier in Leipzig, geschieht. Auch nach Ansicht *M. Wagners*²⁾-Leipzig, sind weitere ärztliche Untersuchungen in viel höherem Maße, als es jetzt schon geschieht, zu sparen, wenn einmal eine sichere tuberkulöse Erkrankung festgestellt und gar Bacillennachweis erbracht ist. Denn ob die Erkrankung der Lungen etwas weniger oder mehr ausgebreitet ist, ist für die Maßnahmen seitens der Fürsorgestelle vollkommen gleichgültig, wenn die Feststellung der vorhandenen infektiösen Tuberkulose gemacht ist.

Auf Grund dieser Erwägungen ist die anfangs dieses Abschnittes aufgerollte Frage, ob es für die Fürsorgestellen überhaupt Aufgaben gibt, deren Erledigung hinter andere wichtigere zurückgestellt werden darf, ohne eine fühlbare Lücke in der Tuberkulosebekämpfung zu reißen, dahin zu beantworten, daß die infektiösen Tuberkulösen im Interesse der Seuchenbekämpfung zwar einer größeren Beachtung von seiten der Fürsorgestelle bedürfen, die übrigen Fälle aber trotzdem ihre Berücksichtigung finden müssen. Dieses wird unter Anlehnung an das alte *Püttersche* Programm wohl erreichbar sein, wenn das Überweisungssystem durch die in Frage kommende Ärzteschaft, die Schaffung besonderer Sprechstundenstationen oder Filialen und die Einschränkung der Wiederholungsuntersuchungen bei den als sicher infektiös erkannten Tuberkulosefällen durchgeführt wird.

Eine Systemänderung ist deshalb nicht erforderlich.

Weiterer Ausbau der Fürsorgestellen und entsprechende gesetzliche Maßnahmen.

Während hier auf der einen Seite zur Zeit- und Arbeitersparnis von manchen eine Einschränkung der Fürsorgetätigkeit gefordert wird, verlangt man auf der anderen Seite wieder einen weiteren Ausbau derselben. Man geht dabei von dem äußerst richtigen Standpunkt aus, daß die Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke die Zentrale der gesamten Tuberkulosebekämpfung sein soll und werden muß. Aus diesem Grunde verlangen die Vertreter dieses Gedankens zunächst einmal, daß die Fürsorgestelle die Zentraluntersuchungsstation ist, wo alle die Personen untersucht werden sollen, die in Ausführung ihres Berufs evtl. zu einer Verbreitung der Tuberkulose Veranlassung geben können.

Genannt werden hier an erster Stelle Personen, die als Ammen- und Kindermädchen Stellung annehmen. Sie sollen auf das Vorhandensein von Tuberkulose

¹⁾ *Blümel*, Die Entlastung der Fürsorgestellen von der Krankenbehandlung. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1920, Nr. 1.

²⁾ *Wagner*, Denkschrift der Auskunfts- und Fürsorgestelle Leipzig 1919.

in der Fürsorgestelle untersucht und evtl. überwacht werden, da aus dem engen Zusammensein der Kinder mit diesen leicht eine Infektion der ersteren stattfinden kann. Das gleiche wird auch verlangt bei den Dienstmädchen bei ihrem Dienstantritt in Familien mit Kindern, da die Zahl der tuberkulösen Dienstmädchen viel größer sein soll, als im allgemeinen angenommen wird. Eine ebensolche Untersuchung wird erstrebt bei den Personen, die sich in Krippen, Kinderbewahranstalten, Kinderheimen und Kinderhorten als Pflegerinnen, Schwestern, Hausmädchen usw. betätigen wollen. Eine Ausschaltung von tuberkulösen Angestellten in solcher Tätigkeit ist durchaus berechtigt.

Da auch bei Lehrern und Schuldienern eine tuberkulöse Erkrankung nicht zu den Seltenheiten gehört, sollen auch diese der Untersuchung und Überwachung der Fürsorgestelle zugänglich gemacht werden. Überhaupt sollten, wie *Ulrici*¹⁾ es für das einzig richtige hält, alle in der Kinderpflege und in der Schule tätigen Personen alljährlich Gesundheitsatteste der Fürsorgestelle beibringen.

Ebenso müßte auch, wenn Kinder bei einer Familie in Pflege gegeben werden sollen, jedesmal vom Ziehkinderamt eine kurze Anfrage an die Fürsorgestelle gerichtet werden, ob dieselbe dort als tuberkuloseverseucht und ansteckungsgefährlich bekannt ist. Evtl. hätte die Fürsorgestelle eine dahingehende Erkundigung und Feststellung in die Wege zu leiten. Auch müßten die Kinder nach schon erfolgter Inziehegabe wieder herausgenommen werden können, wenn nachträglich Tuberkulose in einer solchen Familie festgestellt wird.

Das gleiche wird auch erwartet bei Schlafstellennehmern und -Inhabern, da sonst zu leicht in Anbetracht der dort meist herrschenden Enge der Wohnung die Tuberkulose in eine Familie hineingetragen werden oder in einer schon verseuchten Familie eine Infektion des Schlafstellennehmers erfolgen könnte.

Weiter sollen alle diejenigen, die im Lebensmittelgewerbe und Geschäften tätig sind, der Gesundheitskontrolle der Fürsorgestelle unterstellt werden, da es unbedingt verhütet werden muß, daß Personen mit ansteckungsfähiger Tuberkulose vor allem in Milch-, Butter-, Käse-, anderen Lebensmittel-, Kolonialwaren- und Konfitüregeschäften usw. beschäftigt sind. Ebenso soll auch von dieser Stelle aus kontrolliert werden, ob die Arbeiter in Konfitürefabriken oder als Bäcker oder Fleischer mit Tuberkulose behaftet sind, damit sie für die Verbreitung unschädlich gemacht werden.

Schließlich verlangt man auch eine Zusammenfassung der begutachtenden Tätigkeit in den Lungenfürsorgestellen, wodurch die richtige Verteilung der in Frage kommenden Lungenkranken auf Heilstätten, Krankenhäuser, Tuberkulosekrankenhäuser, Tuberkulosenheime usw. außerordentlich erleichtert würde. Dieser Vorschlag ist durchaus richtig und begrüßenswert, denn jetzt ist es doch, von einigen Ausnahmen abgesehen, meist so, daß die Fürsorgestellen den Kranken erst zur Oberbegutachtung an alle die hier in Frage kommenden Instanzen, wie Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Reichsversicherungsanstalten, Kommunen, Armenverwaltung usw. verweisen und oft recht lange warten müssen, ob ihrem Antrage stattgegeben wird oder nicht. Das ließe sich aber dadurch vermeiden, daß die in den Fürsorgestellen tätigen

¹⁾ *Ulrici*, Verhandlungen des D.Z.K. am 22. X. 1920.

Ärzte die Vertrauensärzte der vorhin genannten Instanzen würden. Es würde dieses nicht allein eine Zeitersparnis bedeuten, sondern auch eine bessere und einwandfreiere Belegung der zur Verfügung stehenden freien Betten garantieren.

Daß dieses auch durchführbar ist, beweisen die guten Erfahrungen an Plätzen, wo ein gutes Zusammenarbeiten der Fürsorgestellen mit allen in Frage kommenden Behörden, Kassen usw. schon heute zur Tatsache geworden ist, wie z. B. in Stettin, Frankfurt, Breslau, Halle, in den Hansastädten u. a. O. Es werden dort alle zur Verfügung stehenden freien Betten mehrmals wöchentlich der Fürsorgestelle mitgeteilt und die Belegung erfolgt größtenteils allein nach ihrem Gutachten. Leider ist das aber an vielen anderen Orten bisher noch nicht der Fall und wird auch gerade von den Ärzten der Leipziger Fürsorgestelle darüber geklagt, daß dieser so wichtigen Frage von den maßgebenden Stellen so wenig Verständnis entgegengebracht wird. Hier ist der übliche Weg heute noch der, daß jeder Arzt, der z. B. eine Heilstättenkur für angezeigt hält, bei der Ortskrankenkasse einen diesbezüglichen Antrag stellt. Bestehen keine Bedenken, so wird er, wie der Fürsorgestellenarzt *M. Wagner*¹⁾ berichtet, etwa nach 10 Tagen von der Landesversicherungsanstalt aufgefordert, das ausführliche Gutachten mit genauem Krankheitsbefund auf vorgedrucktem Formular auszufertigen und der Landesversicherungsanstalt in Dresden einzusenden. Auf Grund desselben fällt die Landesversicherungsanstalt, ohne daß der Kranke vertrauensärztlich untersucht wird, das Urteil, ob er sich für Heilstättenbehandlung eignet oder nicht und weist ihn ein oder lehnt ihn ab. Daß dieses meist sonst nicht übliche Verfahren durchaus unzulänglich ist, geht schon daraus hervor, daß eine große Zahl solcher Gutachten von in der Tuberkulose weniger geübten Ärzten ausgestellt wird und so die in Dresden lediglich nach dem schriftlichen Gutachten entscheidenden Ärzte sehr häufig zu einem falschen Urteil kommen müssen. So erklärt es sich, daß so viele inaktive, zur Zeit kaum behandlungsbedürftige Tuberkulose in Heilstätten aufgenommen werden. Diese nehmen dort den Platz für die wirklich Bedürftigen fort und letztere müssen dadurch meist 8—10 Wochen und länger auf die Einweisung warten. Die Richtigkeit dieser Ausstellungen wird durch die in mehreren Hundert von *M. Wagner*¹⁾ auf einem der letzten sächsischen Tuberkuloseärztetage vorgebrachten einschlägigen Fällen erwiesen. Es war bisher noch nicht zu erreichen, daß die durch die Landesversicherungsanstalt Dresden für die Heilstättenbehandlung abgelehnten Fälle der Fürsorgestelle Leipzig gemeldet wurden, damit diese einer Nachuntersuchung unterzogen und nötigenfalls beobachtet werden konnten, um in den geeignet scheinenden Fällen den Heilstättenantrag ein zweites Mal einzubringen.

Sollten aber alle diese Forderungen wirklich Aufnahme in das Arbeitsprogramm der Fürsorgestellen finden, so dürfte auch die Streitfrage, ob reiner Fürsorgearzt resp. „Sozialhygieniker“ oder Lungenfacharzt dahin zu entscheiden sein, daß dem ersteren wohl das nötige Rüstzeug zur Erledigung aller dieser Spezialfragen mit den vielen fachärztlichen Untersuchungen abgeht, während der spezialistisch ausgebildete Lungenfacharzt nach einer nicht zu

¹⁾ *M. Wagner*, Denkschrift, Leipzig, 1919.

kurzen praktischen Ausbildungszeit in einer gut arbeitenden Fürsorgestelle hier wohl der geeignetere sein muß.

Außerdem werden, um erfolgreich in den Kampf gegen die Tuberkulose eintreten zu können, verschiedene Machtvollkommenheiten verlangt. An erster Stelle werden Machtmittel gefordert, die es den Fürsorgestellen ermöglichen sollen, in besonders schweren Fällen von Widerstand gegen die Anordnungen der Fürsorgestelle entweder Bacillenstreuer auch gegen ihren Willen aus gefährdeten Familien herauszunehmen, um sie in Tuberkuloseheime zu verbringen, oder aber die durch ihre unbelehrbaren Eltern gefährdeten Kinder aus der gefährlichen Umgebung trotz heftigsten Widerspruchs anderswo besser unterbringen zu können. Diese zwangsweise Entfernung erscheint in besonderen Fällen auch als einziges Mittel zur Verhütung der Infektion, aber leider sind, wie aus vielen Berichten zahlreicher Fürsorgestellen hervorgeht, diese häufig gezwungen, tatenlos zuzusehen.

Im engen Zusammenhang hiermit sind auch Machttitel zu erstreben, die es den Fürsorgestellen ermöglichen, überhaupt alle die Patienten, die von irgendeiner Behörde oder sonstigen Instanz als tuberkulös gemeldet werden und bei denen eine Befürsorgung als dringlich hingestellt wird, auch wirklich in Fürsorge zu bekommen. Es ist ja jetzt meist üblich, daß den Gemeldeten eine Aufforderung zugeschickt wird, sich auf der Fürsorgestelle zu melden, was dann ja auch ein Teil von ihnen tut. Es bleibt aber immer noch eine beträchtliche Zahl, die dieser Aufforderung trotz wiederholten Hinweises und der Vorstellungen der Besuchsschwestern nicht nachkommt und außerhalb der Fürsorge bleiben. Und gerade die Erfahrung lehrt, daß es sich leider hier meistens um Schwer-tuberkulöse handelt, die für die Seuchenbekämpfung die wichtigsten sind. Hier aber muß unbedingt Wandel eintreten, denn mit allem Nachdruck muß dafür gesorgt werden, daß alle Gemeldeten auch wirklich in eine geeignete Fürsorge genommen werden können.

Das bringt mich auf das Meldewesen, was m. E. dringend einer Verbesserung bedarf, wie später noch mit statistischen Daten aus der praktischen Arbeit belegt werden soll. Es ist da zunächst zu erstreben, daß die praktischen und Spezialärzte noch viel mehr als bisher ihre fürsorgebedürftigen Kranken den Fürsorgestellen zuschicken. In manchen Städten beschränken sich die Arztmeldungen nur auf geringe Prozentsätze der Fürsorgestellenbesucher, was einmal auf die sehr bedauerliche Interesselosigkeit der Ärzteschaft gegenüber der Tuberkulose als Volkskrankheit und dann aber wohl auch auf das sicherlich manchmal falsche Verhalten der Fürsorgestellen gegenüber der Ärzteschaft zurückzuführen ist.

Viel mehr Meldungen müßten auch von Ärzten der Kliniken, Krankenhäuser und Heilstätten über ihre Tuberkulosefälle sowohl bei der Aufnahme wie vor der Entlassung bei den Fürsorgestellen eingehen, damit die Wohnungen während des Krankenhaus- oder Heilstättenaufenthalts saniert und alles für die Rückkehr des Patienten vorbereitet werden kann.

Zu fordern ist auch eine bessere Meldetätigkeit der Schulärzte, da doch gerade durch ihre Hand fast unsere gesamte schulpflichtige Jugend geht. Sie könnten den Fürsorgestellen alle tuberkulösen und schwer skrofulösen Kinder

melden und alle verdächtigen zur Beobachtung überweisen. Andererseits wird es aber auch für den Schularzt von Wert sein, daß die Fürsorgestelle ihrerseits wieder ihm alle sicher tuberkulösen und für ihre Mitschüler gefährlichen Schüler meldete, wodurch eine ersprießliche Zusammenarbeit möglich wäre. Auch könnte dann durch Handinhandgehen der Fürsorge- und Schulschwester eine bessere Gewähr für die Sanierung der oft recht ungünstigen Wohnverhältnisse der Schuljugend übernommen werden.

Auch die Meldungen von seiten der Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten müssen reichlicher fließen, ja ihnen Meldungen von allen ihnen bekanntwerdenden Tuberkuloseerkrankungen zur Pflicht gemacht werden. Daraus könnte nicht allein für die Fürsorgestellen und die Versicherten Nutzen entstehen sondern noch für die Versicherungsträger selbst insofern nämlich, als auf diese Weise viele leichter Erkrankte frühzeitig genug in Fürsorge kommen und eine Verschlimmerung des Leidens in manchen sonst recht schwer verlaufenden Fällen verhütet werden kann, wodurch natürlich eine Kostenersparnis für die Kassen zu erwarten ist.

Ebenso müßten sämtliche Zivil- und Militärbehörden, Armenämter, Ziehkinderämter usw. sich mehr als bisher an den Meldungen an die Fürsorgestellen beteiligen. Das gilt besonders auch für alle die Fälle, die ihnen als an einer Tuberkulose verstorben bekannt werden oder in denen ihnen zur Kenntnis kommt, daß ein Tuberkulöser einen Wohnungswechsel vornimmt. Trifft eine derartige Meldung bei der Fürsorgestelle frühzeitig genug ein, so ist diese einmal in der Lage, möglichst bald nach dem Ableben des Tuberkulösen die Wohnung desinfizieren und auch die evtl. schon erkrankten Angehörigen des Verstorbenen untersuchen und befürsorgen zu lassen. Andererseits kann sie nach der Aufgabe einer Wohnung durch einen Tuberkulosekranken auch für eine gründliche Reinigung und Desinfektion sorgen, bevor ein neuer, nichtkranker Mieter die verseuchte Wohnung bezieht. Auch hier mangelt es noch in vielen Orten. Selbst wenn diese Meldungen an die Fürsorgestelle erfolgen, so geschieht dies häufig erst zu einer Zeit, wo sie mit allen sonst sicher zweckmäßigen Maßnahmen viel zu spät kommt.

Damit dieses gesamte Meldewesen aber besser arbeitet, müssen die Fürsorgestellen mehr als bisher Wert auf eine innigere Zusammenarbeit mit den anderen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge legen, was ja auch von *Pütter* betont wird und auf der XII. Generalversammlung des D. Z. K. am 15. VI. 1918 Gegenstand ausgiebiger Besprechungen gewesen ist. Bei der Gelegenheit hat *Gottstein*¹⁾ in einem eingehenden Referat Richtlinien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit in denjenigen Großstädten gegeben, in denen die einzelnen Zweige der Gesundheitsfürsorge getrennt betrieben werden. Da sich außerdem diese Vorschläge auf langjährige Erfahrungen in der gut arbeitenden Charlottenburger Fürsorgestelle stützen, möchte ich sie samt den dort üblichen Verordnungen und Vordrucken für den erforderlichen Schriftverkehr zur Wiedergabe bringen:

¹⁾ Verhandlungen der XII. Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berlin, den 15. VI. 1918.

„Erstens ist allen Fürsorgestellen, die in Betracht kommen, eine *gegenseitige Meldungspflicht* aufzuerlegen. Bei dem viel beklagten Fehlen einer staatlichen Anzeigepflicht für *Erkrankungen* an Tuberkulose ist das Lungenfürsorgeamt darauf angewiesen, durch *freiwillige* Meldung Kenntnis aller einschlägigen Fälle, und zwar in möglichst frühzeitigem Stadium zu erhalten; durch Abkommen mit den Ärzten der Krankenkassen und Krankenhäuser, sowie mit den Armenärzten ist diese Meldung in jeder zweckmäßig organisierten Fürsorgestelle schon heute durchgeführt. Aber auch der Wohnungspfleger, die Säuglingsschwester, der Schularzt sollen jeden zu ihrer Beobachtung gelangenden Fall von Tuberkulose der Lungenfürsorgestelle melden, die ihn dann unter die Zahl der ihrer Aufsicht zu unterstellenden Pflinglinge aufzunehmen hat. Das gilt aber nicht nur für den kranken Säugling oder das kranke Schulkind selbst, sondern ebenso für dessen *Angehörige*. Umgekehrt soll die Lungenfürsorgestelle bei allen von ihr betrauten Fällen von Tuberkulose, bei denen noch eine andere Fürsorgestelle in Betracht kommt, an diese eine Anzeige machen. Das gilt wieder nicht nur für diejenigen Schulkinder, die ohne Vermittlung des Schularztes, z. B. bei Familienuntersuchung, dem Lungenfürsorgeamt bekannt werden und bei denen ein etwaiger positiver Befund dem Schularzt zur besonderen Fürsorge zur Kenntnis zu bringen ist. Man muß hier weitergehen. So besteht z. B. bei uns die Verfügung, daß in jedem Falle, in dem die Schwester des Lungenfürsorgeamts in einem Falle von offener Tuberkulose in einer Familie einen Säugling vorfindet, der zuständigen Säuglingsfürsorgestelle Anzeige zu erstatten ist; ebenso erfolgt bei Feststellung offener Tuberkulose eines Erwachsenen eine Anzeige an den Schularzt derjenigen Schulen, welche die Kinder des Erkrankten aufsuchen, damit der Schularzt diese besonders überwacht.

Der *zweite* Grundsatz ist der, daß das Lungenfürsorgeamt bei allen Überweisungen, z. B. von Schulkindern usw., formularmäßig von den dort getroffenen *Maßnahmen* den überweisenden Stellen Mitteilung macht, damit diese von dem, was geschehen, Kenntnis haben.

Die *dritte* und im Interesse der Einheit wichtigste Forderung geht aber dahin, daß alle Maßnahmen, welche die unmittelbare und mittelbare Tuberkulosebekämpfung betreffen, nicht von den einzelnen Stellen selbständig und unabhängig voneinander, sondern nach Überweisung an die Lungenfürsorgestelle *lediglich* von dieser und nach deren Grundsätzen vorgenommen werden. Das bedeutet den *Verzicht* der anderen Stellen unter Übertragung auf die Lungenfürsorgestelle, welche die Verantwortung für die Durchführung übernimmt. Dahin gehört z. B. die Verschiebung von gefährdeten Schulkindern in Walderholungsstätten, Solbädern, Seebädern usw. Solange dies Sache der Schule bleibt, ist die Einheitlichkeit nicht gewahrt, da der einzelne Schularzt die Zustände bei den Eltern, bei den andere Schulen besuchenden Geschwistern nicht so genau kennt wie das Amt, auch über die Belegung der Heilanstalten nicht so verfügen kann wie dieses. Natürlich ist es zulässig und zweckmäßig, daß der Überweisung besondere, dem Fall angepaßte Vorschläge beigefügt sind. Ähnlich liegt es für die Säuglingsfürsorge, in der das Tuberkulosefürsorgeamt, das über besondere Mittel verfügt, die rechtzeitige Trennung der tuberkulösen Mutter von ihren Kindern durch Überweisung in eine Heilstätte vorzunehmen hat und die weitere Beobachtung des Falles mit größtem Nachdruck fordern und durchsetzen kann, als der Arzt der Säuglingsfürsorge. Daß bei uns in allen Fällen offener Tuberkulose durch eine allgemeine Verfügung die *Wohnungspflege* dem zuständigen Wohnungspfleger abgenommen und der Tuberkuloseschwester übertragen wird, die ihrerseits wieder hier die besonderen Forderungen des Wohnungsamts mit zu beachten hat, ist von *Seydel* gelegentlich seines Vortrages in diesem Kreise schon ausgeführt worden. Wenn eine solche Zusammenarbeit erfolgreich wirken soll, müssen bestimmte klar gefaßte Verfügungen erlassen und deren Beachtung unter Aufzeichnung und Überwachung gestellt werden. Beispiele solcher Verordnungen habe ich für die Veröffentlichung angefügt.“

Anlage 1.

Geschäftsanweisung

für das Verfahren bei der Benachrichtigung der Schulärzte und Säuglingsfürsorgestellen durch das Fürsorgeamt für Lungenkranke.

1. Im Geschäftszimmer des Fürsorgeamts für Lungenkranke sind 3 Listen nach folgender Einteilung aufzustellen:

- a) Nachweisung über sämtliche tuberkulöse Schulkinder.
- b) Nachweisung über tuberkulöse nicht schulpflichtige Wohnungsgenossen schulpflichtiger Kinder.

c) Nachweisung über tuberkulöse Wohnungsgenossen von Säuglingen.

Im Falle zu a) hat die Nachweisung folgende Spalten aufzuweisen: Laufende Nummer, Familien- und Vorname des erkrankten Schulkindes, Wohnung, Geburtsdatum, Schule und Klasse, Straße und Nummer der Schule, Name der Geschwister, Geburtsdatum, Schule und Klasse, Straße und Nummer der Schule, Benachrichtigung an den Schularzt am:

Im Falle zu b) hat die Nachweisung folgende Spalten aufzuweisen: Laufende Nummer, Name des Erkrankten und Familienstellung zu den Schulkindern, Wohnung, Name der schulpflichtigen Kinder, Bezeichnung der Schule und Klasse, Straße und Nummer der Schule, Benachrichtigung an den Schularzt ist erfolgt am:

Im Falle zu c) sind folgende Spalten aufzunehmen: Name der Erkrankten, Familienstellung zu den Säuglingen, Name des Säuglings, Geburtsdatum, Wohnung, Benachrichtigung an die Säuglingsfürsorgestelle ist erfolgt am:

2. Die Bezirksschwester haben sämtliche Fälle festzustellen, in denen sich Säuglinge und Schulkinder in den Familien lungenkranker Personen befinden, sowie auch die lungenkranken Kinder festzustellen und die nach dem oben Gesagten erforderlichen Angaben einer Hilfsarbeiterin des Fürsorgeamts schriftlich oder mündlich unter gleichzeitiger Übergabe der Krankenblätter mitzuteilen. Die Hilfsarbeiterin trägt diese Angaben in ihre Listen ein und gibt die Krankenblätter sofort an die Büroschwester zurück. Sie benachrichtigt die Schularzte und Säuglingsfürsorgestellen nach dem Formular.

3. Bei neu hinzukommenden Fällen macht die Bezirksschwester in der Wohnung bei dem Besuch der Familie die erforderlichen Feststellungen und übergibt umgehend der Hilfsarbeiterin die Sache zur weiteren Bearbeitung. Die Schulen und Klassen der Schulkinder sind durch Einsichtnahme in die Schulzeugnisse festzustellen, da die Erfahrung gelehrt hat, daß die Eltern und auch sogar die Kinder nicht immer wissen, welche Schulen die Kinder besuchen.

4. Die Hilfsarbeiterin hat unter eigener Verantwortung den Schularzt oder die Säuglingsfürsorgestelle mittels Karte zu benachrichtigen.

Wortlaut der Karten:

Zu a):

Der — Die (Vor- und Zuname) Schüler . . . der . . . Klasse ist lungenkrank.

Städtisches Fürsorgeamt für Lungenkranke.
Direktor.

An den

Herrn Schularzt der Gemeindeschule Nr. . . .

Zu b):

Der Vater — Die Mutter — des Knaben — der (Vor- und Zuname, Wohnung) Schüler . . . der . . . Klasse ist lungenkrank.

Städtisches Fürsorgeamt für Lungenkranke.
Direktor.

An den

Herrn Schularzt der Gemeindeschule Nr. . . .

Zu c):

Der — Die (Beruf, Vor- und Zuname, Wohnung) ist lungenkrank. In der Familie befindet sich ein am geborenes Kind.

Städtisches Fürsorgeamt für Lungenkranke.
Direktor.

An die

Säuglingsfürsorgestelle Nr. . . .

Die erfolgte Benachrichtigung wird seitens der Hilfsarbeiterin auf dem Krankenblatt vermerkt.

Regeln

für das Zusammenarbeiten des Wohnungsamts mit dem städtischen Fürsorgeamt für Lungenkranke und der Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz.

1. Das Bureau des städtischen Fürsorgeamts für Lungenkranke teilt dem städtischen Wohnungsamt durch eine Nachweisung die Namen und Wohnungen der sämtlichen in Fürsorge befindlichen Familien mit. Die Nachweisung ist straßenweise zu ordnen. Die übertragbaren Fälle von Tuberkulose sind kenntlich zu machen. Zu- und Abgänge von Familien sowie sonstige wesentliche Veränderungen bei den mitgeteilten Fällen sind allmonatlich — ebenfalls nach Straßen geordnet — dem Wohnungsamt mitzuteilen.

2. Das Wohnungsamt prüft durch seine Wohnungspfleger bei den systematischen Besichtigungen die Wohnungsverhältnisse der mitgeteilten Familien selbständig nach, enthält sich jedoch grundsätzlich jeder pflegerischen Einwirkung.

3. Hält das Wohnungsamt die von der Lungenkrankenfürsorge vom Roten Kreuz getroffenen Maßnahmen nicht für ausreichend, so setzt es sich zunächst, ohne selbst einzugreifen, durch Vermittlung des zuständigen Magistrats-Dezernenten mit der Lungenkrankenfürsorge in Verbindung. Beide Stellen haben sich dann nach Möglichkeit über das weitere Vorgehen zu einigen.

4. Kommt eine Einigung zustande, so sind etwaige pflegerische Maßnahmen grundsätzlich durch die Organe der Lungenkrankenfürsorge zu ergreifen. Wird eine Einigung nicht erzielt, so geht das Wohnungsamt nach seinen Grundsätzen selbständig vor.

5. Erscheint der Lungenkrankenfürsorge zur Erreichung der von ihr für notwendig erachteten Maßnahmen die Hilfe des Wohnungsamt geboten, so teilt sie diesem gleichfalls durch Vermittlung des zuständigen Magistrats-Dezernenten den betreffenden Fall unter Angabe der nach ihrer Ansicht erforderlichen Maßnahmen mit. Das Wohnungsamt betreibt dann seinerseits die Abstellung der vorhandenen Mängel, ohne jedoch darauf hinzuweisen, daß dies auf Veranlassung der Lungenkrankenfürsorge geschieht.

6. Die Lungenkrankenfürsorge hat bei den ihrer Pflege unterstehenden Familien ihr Augenmerk nicht nur auf die Absonderung der Kranken zu richten, sondern auch die Grundsätze des Wohnungsamt über die Belegung der Wohnungen — insbesondere über die Mindestbodenfläche und den Mindestluftraum der Schlafräume, sowie über die Geschlechtertrennung — zu berücksichtigen.

7. In jedem Jahre findet einmal durch einen Wohnungspfleger eine mündliche Belehrung der Schwestern der Lungenkrankenfürsorge über die an die Wohnungen zu stellenden Anforderungen statt.

8. Die Lungenkrankenfürsorge hat die ihrer Pflege unterstellten Wohnungen daraufhin zu prüfen, ob die Belegung den Grundsätzen des Wohnungsamts entspricht. Diese Prüfung hat sich zu erstrecken:

- a) auf sämtliche neuen Fälle,
- b) auf diejenigen alten Fälle, die bei Gelegenheit von Besuchen der Fürsorgeschwestern ohne besondere Umstände von neuem geprüft werden können,
- c) auf die gelegentlich der Wohnungsaufsicht vom Wohnungsamt beanstandeten Fälle.

9. Die Maßnahmen wegen Gewährung von Mietzuschüssen und Bewilligung von Mitteln für Betten und ähnliches, soweit hierfür städtische Mittel unmittelbar durch den Ausschuß der Deputation für Gesundheitspflege oder mittelbar aus den von der Stadt der Lungenkrankenfürsorge insgesamt bewilligten Summen verwendet werden, gehören ausschließlich zum Bereich des städtischen Fürsorgeamts für Lungenkranke. Die aus dieser Veranlassung zu stellenden Anträge sind vom Direktor des städtischen Fürsorgeamts gegenzuzeichnen.

Dieses System hat sich in Charlottenburg gut bewährt und ist sicher zu empfehlen, zumal auf diese Weise die Lungenfürsorgestelle zum Mittelpunkt der Tuberkulosebekämpfung wird und die Erledigung aller Tuberkulosefälle durch sie zu erfolgen hat.

Dasselbe ist dann auch schon auf andere Weise in anderen Städten erreicht worden, besonders aber in Frankfurt a. M.¹⁾, wo es allmählich durchgesetzt ist, daß, wenn bei irgendeiner anderen Stelle ein Tuberkulöser auftaucht, er der Tuberkulosefürsorgestelle als Zentralstelle zugewiesen wird. Dieses war dadurch möglich, daß bestimmte Abmachungen mit dem Armenamt, der Landesversicherungsanstalt, der Ortskrankenkasse, dem Wohlfahrtsamt, Wohnungsamt, den in Betracht kommenden Behörden, den anderen Fürsorgeorganisationen, mit privaten Vereinen, Post, Eisenbahn, Polizei usw. seit einer Reihe von Jahren getroffen wurden. Es wurde dort auch durchgesetzt, daß, wo Unterstützungen gegeben wurden, die Auszahlung nach Möglichkeit durch die Fürsorgestelle erfolgte. Auch das Lebensmittelamt, Abt. Krankenversorgung, überweist dort alle für Tuberkulose ärztlicherseits gestellten Anträge auf Zusatznahrungsmittel (ebenso wie in Stettin) zur Prüfung. Durch Schulen und Schulärzte müssen einerseits alle Kranken der Fürsorgestelle zugeführt werden, andererseits beteiligt sich auch die Schule besonders an der Prophylaxe. So werden z. B. den Schulärzten die tuberkulösen Familienangehörigen der Schulkinder namhaft gemacht, damit sie ein besonders wachsames Auge auf diese Kinder werfen, sie dauernd beaufsichtigen und rechtzeitig bei der Erholungsfürsorge usw. eingreifen. Ferner ist in Frankfurt eine Schwester zu dem besonderen Zweck angestellt, die Tuberkulösen in den Krankenhäusern aufzusuchen, sofort nach der Aufnahme in das Krankenhaus die Desinfektion des soeben verlassenen Zimmers zu veranlassen, die Kranken während des Aufenthaltes zu beraten und dafür zu sorgen, daß die Kranken nach der Entlassung in geordnete hygienische Verhältnisse kommen. Auch meldeten bis vor kurzem alle Krankenhäuser täglich ihre freien Tuberkulosebetten an den Zentralbettennachweis, der für diesen Zweck in der Fürsorgestelle eingerichtet war. Außerordentlich zweckmäßig ist weiter auch die Einteilung der Stadt in bestimmte Fürsorgebezirke, die je einer Fürsorgeschwester als Arbeitsgebiet dienen. Sie lehnen sich eng an die von dem städtischen Wohlfahrtsamt eingerichteten Kreistellen an. Der Verkehr der betreffenden Fürsorgeschwester mit der Kreisstelle ist bereits ein reger, die Schwester nimmt auch teil an den Sitzungen der Kreisstellen. Außerdem bestehen besondere von den städtischen Fürsorgeärzten abgehaltene Sprechstunden, die die Schwestern besuchen können. Somit kann die Fürsorgeschwester einen Teil ihrer Tätigkeit in die Kreisstelle verlegen und die Fürsorgeärzte könnten auf diese Weise ohne erhebliche Belastung für die sozialhygienischen Beratungen herangezogen werden. Als Gegenwert bringt der Tuberkulosefürsorgeverein die Arbeit der Schwestern, welche die dem Wohlfahrtsamt bekannten Tuberkulosekranken mit betreuen, die Akteneinträge machen können u. dgl. mehr. Endlich gibt es dann noch, wie schon früher erwähnt, beim Wohlfahrtsamt eine Zentralauskunftsstelle, wohin alle Namen- und Aktenzeichen usw. gemeldet werden. Dort können sich alle Organisationen Auskünfte und evtl. kurze Aktenauszüge holen und durch Verständigung kann dann eine Abgrenzung der Tätigkeitsgebiete der einzelnen in Betracht kommenden Organisationen erreicht und eine „Überfürsorge“ bei ein und demselben Fall verhindert werden.

¹⁾ Siehe *Oxenius*, Quartierschwester u. Tuberkulosefürsorge. Westdeutsche Ärzte-Zeitung 1920, Nr. 4 und Jahresber. 1920 und 1921 des Frankfurt. Vereins Tuberkulosefürsorge E. V.

Die Zahlen und Ergebnisse der Frankfurter Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke beweisen, daß auf diesem Wege eine zweckmäßige innige Zusammenarbeit mit allen in Frage kommenden anderen Faktoren möglich ist und die Tuberkulosebekämpfung ganz erheblich gefördert wird.

Alle diese zum Teil noch neueren Forderungen würden sich viel leichter verwirklichen lassen, wenn bestimmte dahingehende gesetzliche Vorschriften erlassen würden, wie sie z. B. schon in dem Entwurf (Regierungsvorlage) zu dem neuen preußischen Tuberkulosegesetz Berücksichtigung gefunden haben. In ihm ist die Auskunfts- und Fürsorgestelle, dort, wo sie vorhanden, zur Zentralstelle der Tuberkulosebekämpfung gemacht, indem nämlich:

1. die Meldung jeder ansteckenden Erkrankung und jedes Todesfalles an Lungentuberkulose durch den beamteten Arzt an die Fürsorgestelle erfolgt;

2. die Mitteilung jedes Wohnungswechsels von Tuberkulösen an die Fürsorgestelle durch den beamteten Arzt zur Pflicht gemacht wird;

3. gleichfalls die Meldung von Erkrankungen und Todesfällen an Tuberkulose in Krankenhäusern, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten vom beamteten Arzt auszugehen hat;

4. alle von der Fürsorgestelle nötig gefundenen Maßnahmen im Benehmen mit dem behandelnden Arzte getroffen werden müssen. Als solche Maßnahmen kommen in Frage:

a) Belehrung des Kranken und seiner Familie;

b) Schutz der Kinder vor Ansteckung;

c) Sicherung gegen die Verbreitung der Krankheit durch die Tätigkeit fortgeschrittener Erkrankter im Nahrungsmittelgewerbe und Erzieherberuf;

d) Unterbringung des Kranken in Krankenhäuser, Lungenheilstätten usw.

5. die bakteriologische Untersuchungsstelle jeden positiven Befund von Tuberkelbacillen im Auswurf an die zuständige Fürsorgestelle mitzuteilen hat.

An diesem Gesetzesvorschlage begrüße ich vor allen Dingen, daß nicht von einer *amtlichen*, sondern von der *vorhandenen* Fürsorgestelle die Rede ist, denn dadurch wird der überaus müßige Streit, ob amtliche oder nichtamtliche, ob städtische, staatliche, reichliche oder Vereinsfürsorgestelle nicht dahin entschieden, daß bereits gut funktionierende Stellen einfach anderen neuen, die noch gar keine praktische Erfahrung hinter sich haben, nachgestellt oder untergeordnet werden. Weiter ist auch zu bedenken, daß durch die Schaffung neuer amtlicher Fürsorgestellen im Rahmen der in der Nachrevolutionszeit ins Ungesunde ausgebauten Einrichtungen, wie Gesundheitsämter, Jugendämter, Wohlfahrtsämter usw. ein neues Heer zahlloser Angestellter erforderlich wäre, deren Besoldung ungeheure Geldmengen verschlänge, die bei der Tuberkulosebekämpfung selbst viel nutzbarere Verwendung finden könnten, worauf auch schon *Blümel*¹⁾ mit Recht hingewiesen hat. Leider fehlen in der Gesetzesvorlage nähere Bestimmungen über die Bereitstellung und Deckung der Kosten, die die Befürsorgung der gemeldeten und aufgefundenen Kranken erfordern würde. Sollte es sich aber herausstellen, daß die für eine erfolgreiche Durch-

¹⁾ *Blümel*, Jahresbericht der Fürsorgestelle Halle a. S. für das Jahr 1921.

führung der gesetzlichen Maßnahmen erforderlichen Geldmengen nicht bereit-zustellen sind, so bedeutet das Gesetz einen Schlag ins Wasser und die Tuberkulosefürsorge würde mehr denn je eine Angelegenheit der privaten Wohltätigkeit sein. Auch ist es m. E. sehr begrüßenswert, daß alle vorgesehenen Meldungen zunächst an den beamteten Arzt zu erfolgen haben, der sie dann weitergibt. Die Fürsorgestelle wird dadurch des Odiums einer Kontrollstelle entkleidet und nimmt mehr die Rolle des Wohltäters ein, wovon sehr viel mehr zu erwarten ist, da das gesamte Tuberkulosefürsorgewesen mehr als jedes andere des Vertrauens bedarf, das ihm das Publikum entgegenbringt.

Tätigkeit der Fürsorgestellen in den Berichtsjahren 1919 und 1920.

Wie ich bis jetzt zeigen konnte, kommt also den Auskunfts- und Fürsorgestellen eine große Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose zu, und sie wird noch viel bedeutungsvoller, wenn die Fürsorgestellen nun so, wie sie jetzt sind, entsprechend dem Reichstuberkulosegesetz, zum Mittelpunkt der Tuberkulosebekämpfung im ganzen Deutschen Reiche werden sollen. Sie sind, wie ich im vorhergehenden dargelegt habe, nicht etwa gleichartige einheitliche Gebilde, sondern jede weicht in der Einrichtung und im Betriebe je nach der Art ihrer Entwicklung und den örtlichen Verhältnissen von der anderen ab. Können nun diese verschiedenen Einrichtungen der ihnen zugeordneten Aufgabe jetzt schon gerecht werden oder nicht? Dazu ist aber einmal erforderlich, daß sie schon in genügender Zahl vorhanden und das Netz möglichst dicht über ganz Deutschland ausgebreitet ist. Die Zahl der Fürsorgestellen ist schon sehr groß und überstieg 1920 bereits inkl. Hilfsfürsorgestellen 3000. Das würde also eine Fürsorge- oder Hilfsfürsorgestelle auf ca. 20 000 Einwohner bedeuten, was durchaus ausreichend wäre. Da die einzelnen Fürsorgestellen jedoch nach ihrer Größe und ihrem Wirkungskreise sehr verschieden sind, so läßt sich leider bisher doch noch nicht mit Sicherheit feststellen, ob für jeden Tuberkulösen in seinem Bezirk eine Fürsorgestelle zugänglich und die Möglichkeit einer häuslichen Überwachung durch eine Tuberkulosefürsorgeschwester vorhanden ist.

Weiter ist zu verlangen, daß der ganze Fürsorgebetrieb gut eingespielt ist und die in ihnen geleistete Arbeit wirklich positive Erfolge besonders bezüglich der Auffindung und Versorgung der Tuberkulösen zeitigt. Tun sie das jetzt schon? Nach *Gasters*¹⁾ soll nur ein winziger Bruchteil wertvolle praktische Arbeit und noch weniger für die wichtige Lösung des Tuberkuloseproblems verwertbare Arbeit leisten. Seines Erachtens können sich Gemeinden, Kreise, Provinzen und ganz besonders die rheinisch-westfälischen, nach allen Richtungen der kulturellen Aufgaben und der Wohlfahrtspflege reichlich belasteten Industriestädte den Luxus noch so wohlgemeinter, aber praktisch unwirksamer oder doch im Vergleich zu den Kosten geringfügig helfender Einrichtungen heute nicht mehr leisten. Auch ebenso vernichtend urteilt ein Tuberkulosefürsorgefachmann, *Dumas*-Leipzig²⁾, der bei der Bewertung der Fürsorgestelle

¹⁾ *Gasters*, Zeitschr. f. soz. u. Gewerbe-Hyg., Fürsorge- und Krankenhauswesen 1922, Heft 14.

²⁾ *Dumas*, Verhandlungen der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig im Jahre 1921. Sitzung vom 22. II. 1921.

im sog. Kampfe gegen die Tuberkulose größten Pessimismus für nötig hält. „Sie sind zu Organisationen von stark bürokratischer Art geworden, die fast nur der Begehrlichkeit gewisser Volkskreise dienen, denen an Erringung persönlicher Vorteile alles, an Tuberkulosebekämpfung oder Prophylaxe aber gar nichts liegt. Ärzte und Behörden sind daran schuldig durch dauernde Verken- nung der wirklichen Grundsätze und der auf vernünftigen Wegen erreichbaren Ziele sog. „Fürsorgetätigkeit“.

Wäre dem nun wirklich so, dann könnten sie die ihnen zugedachten Auf- gaben keinesfalls erfüllen und die in Aussicht genommene Gesetzgebung mit der Fürsorge als Mittelpunkt würde ein sicheres Fiasko bedeuten.

Es ist deshalb die Feststellung von Wichtigkeit, was sie bisher geleistet haben. Um hierüber Aufschluß zu bekommen, ist man auf das Studium der jährlichen Tätigkeitsberichte der einzelnen Einrichtungen angewiesen, die bis zum Jahre 1919 sehr wenig einheitlich und viel zu ungenügend waren, aber seit- dem dank der Initiative *Bräunings* durch Einführung des Fragebogens des D.Z.K. doch schon wesentlich einheitlicher und umfassender geworden sind. Trotzdem sind die Jahresberichte noch recht häufig sehr unvollkommen aus- gefertigt. Den Personalveränderungen, Ehrenmitgliedernennungen usw. wird viel zu viel Raum geschenkt und in viel zu großer Breite wird über die charita- tive Tätigkeit durch Aufzählung all der abgegebenen Mengen von Lebensmitteln, Lebertran, Desinfektionsmitteln usw. berichtet. Auch dem Etat wird durch Auf- zählung besonders der Stiftungsposten und aller möglichen Schenkungen viel zu viel Berücksichtigung zuteil, während aus den Ausgabeberichten schon weniger leicht ein Überblick darüber zu gewinnen ist, ob die Gelder auch im Interesse der Tuberkulosebekämpfung nutzbringend verwandt sind. Dagegen werden leider noch häufig viel zu kurze oder gar keine Angaben gemacht über den wirklichen Stand der Tuberkulosebekämpfung des betr. Bezirks und auch darüber, ob und welche Fortschritte in dieser Hinsicht gegenüber den früheren Jahren zu verzeichnen sind. Von anderer Seite ist dieses ja auch schon beob- achtet und z. B. von *Bräuning*¹⁾ und *Beschorner*²⁾ bereits gerügt worden. Diese Feststellung ist um so bedauernswerter, als in vielen Fürsorgestellen ein sehr wertvolles Material deponiert ist.

Trotz dieser Schwierigkeiten habe ich es doch versucht, durch eine Durch- sicht und einen Vergleich der einzelnen Fürsorgeberichte untereinander einen Einblick in die von den einzelnen Stellen geleistete Arbeit zu bekommen, und möchte ich nun in möglichster Kürze über meine Erfahrungen und Beobach- tungen berichten, die ich an Berichten von 695 Fürsorgebezirken mit mehr als 700 Fürsorgestellen³⁾ aus dem Jahre 1919/20 gemacht habe. Das dazu er-

¹⁾ *Bräuning*, Die Berichterstattung der Fürsorgestellen usw. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1921, Nr. 12.

²⁾ *Beschorner*, Anregung zu Sammelforschungen usw. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1921, Nr. 5/6.

³⁾ Die Zusammenfassung zu Fürsorgebezirken ist überall dort erfolgt, wo mehrere Fürsorgestellen bestanden und ihr Wirkungskreis nicht genau abgrenzbar war. Dieses war nicht zu vermeiden, weil sonst die zur Beurteilung ihrer Tätigkeit notwendige Umrechnung auf je 10 000 Einwohner und im Vergleich mit anderen, gleichgroßen Bezirken nicht mög- lich war.

forderliche Material und sonstige Unterlagen erhielt ich teils durch Beantwortung selbst versandter Fragebogen, teils aus mir übersandten Jahresberichten, teils durch die liebenswürdige Überlassung der ausgefüllten Fragebogen des D.Z.K. Zur persönlichen Information und zur Aussprache mit den Fürsorgeärzten habe ich außerdem weit über 100 Fürsorgestellen selbst besucht und bei dieser Gelegenheit als Theoretiker manche dankenswerte Mitteilung und Anregung von seiten des in der praktischen Fürsorgetätigkeit stehenden Fürsorgearztes mit nach Hause nehmen können.

Um nun zu entscheiden, wo in Deutschland die Tuberkulosebekämpfung durch die Fürsorgestellen schon gute oder wo sie weniger befriedigende Ergebnisse gezeitigt hatte, habe ich eine Gruppierung nach 12 Ländergruppen vorgenommen und außerdem noch eine weitere nach sieben Größenklassen, je nachdem sich die Berichte auf Bezirke erstrecken, die

1. 0—5000,
2. 5000—15 000,
3. 15 000—50 000,
4. 50 000—100 000,
5. 100 000—250 000,
6. 250 000—500 000 und endlich
7. über 500 000 Einwohner

umfaßten. Es war auf diese Weise möglich, durch vergleichende Betrachtungen festzustellen, ob die Erfolge der Fürsorgearbeit evtl. von der Größe der Bezirke abhängig sind.

Tabelle II.

**Verteilung der einzelnen Fürsorgebezirke auf die Länder- und Größengruppen:
1919/1920.**

Ländergruppe:	Zahl aller F-Be- zirke	Auf die einzelnen Größengruppen:						
		I. 0—5000	II. 5—15 000	III. 15—50 000	IV. 50—100 000	V. 100—250 000	VI. 250—500 000	VII. Über 500 000 Einw.
1. Sachsen . . .	95	23	31	28	8	2	1	2
2. Berlin-Brandenburg . . .	44	1	7	21	9	3	1	2
3. Thüringen . . .	46	8	21	16	1	0	0	0
4. Mittel-D. . . .	30	1	4	18	2	4	1	0
5. Schlesien . . .	83	14	23	37	8	0	0	1
6. Ost-, Westpreuß., Pommern	51	2	5	31	11	1	1	0
7. Nord-D. . . .	35	6	11	11	3	2	1	1
8. Schleswig-Holstein . . .	18	2	4	8	2	2	0	0
9. Westfalen . . .	154	25	62	45	15	6	1	0
10. Rheinland . . .	40	4	6	16	7	5	2	0
11. Bayern	66	5	12	41	6	0	1	1
12. Süd-Deutschland	33	0	1	17	10	3	2	0
Insgesamt	695	91	187	289	82	28	11	7

Wie sich die 695 Fürsorgebezirke auf die einzelnen Länder und Größen-
gruppen verteilen, zeigt die Tab. II, aus der zudem ersichtlich ist, daß vor allem
Sachsen, Thüringen, Schlesien und Westfalen die meisten Fürsorgestellen in
den drei kleinen Klassen aufzuweisen hatten. Die Tab. III bringt sodann das
Alter derselben. Leider war bei 104 das Gründungsjahr nicht festzustellen,
77 = 11,5% waren erst 1920 gegründet, 34,5% = ein Drittel aller Fürsorge-
bezirke war noch nicht 3 Jahre in Betrieb, 68,3% = über zwei Drittel noch nicht

Tabelle III.
Gründungsjahre:

Länder- oder Größengruppe	Zahl der F.-Be- zirke	Gegründet in den Jahren						
		1920	1918—19	1914—17	1910—13	1906—09	Früher	?
Sachsen	95	22	24	3	31	6	2	7
Berlin-Brandenburg . .	44	3	17	3	12	4	2	3
Thüringen	46	14	11	3	13	5	—	—
Mittel-Deutschland . .	30	7	7	1	5	3	2	5
Schlesien	83	—	6	9	8	15	4	41
Ost-, West-Pr., Pommern	51	7	8	11	12	3	3	7
Nord-Deutschland . . .	35	6	16	5	1	2	1	4
Schleswig-Holstein . .	18	—	3	—	3	1	4	7
Westfalen	154	12	46	20	43	12	—	21
Rheinland	40	4	10	3	10	1	—	12
Bayern	66	—	7	7	28	15	3	6
Süd-Deutschland	33	2	8	1	3	6	2	11
0— 5 000	91	21	28	13	11	4	—	14
5— 15 000	187	25	56	21	43	12	3	27
15— 50 000	289	26	61	23	90	28	8	53
50—100 000	82	5	15	7	16	17	2	20
100—250 000	28	—	2	2	8	6	4	6
250—500 000	11	—	1	—	1	3	5	1
Über 500 000	7	—	—	—	—	4	1	2
Insgesamt	695	77	163	66	169	73	23	104

10 Jahre und nur 13,8% länger als 10 Jahre. Die meisten älteren Fürsorge-
stellen finden sich in Schlesien, Westfalen und Bayern und in den größeren
Gruppen über 100 000 Einwohner. Mithin sind die Fürsorgestellen in ihrer
überwiegenden Mehrheit erst Gründungen der letzten 10 Jahre und fast die
Hälfte (306) gar erst der letzten 5—6 Jahre.

246 waren rein städtische, 322 rein ländliche und 127 gemischt-städtisch-
ländliche Bezirke. Überwiegend ländliche waren in Westfalen, Ost-Westpreußen-
Pommern, Rheinland, Bayern und Schlesien und in den drei kleineren Größen-
gruppen, während in Berlin-Brandenburg und in den drei größeren Einwohner-
klassen die rein städtischen vorherrschten.

Die meisten Fürsorgestellen sind von Behörden, Städten, Gemeinden,
Ämtern (472 mal) gegründet, demnächst von Vereinen (174 mal) und Ausschüssen
resp. Tuberkuloseverbänden (33 mal). So besonders in Schlesien (62), Bayern
(29), West-Ostpreußen-Pommern (15) und Norddeutschland (14), während von

den Größengruppen nur die von 15 000—50 000 Einwohnern sich durch eine größere Anzahl von Vereinsfürsorgestellen auszeichneten.

Dementsprechend liegt auch der *Vorsitz* vorwiegend in den Händen von beamteten Personen (467), während nur in Bayern und den zwei größten Bezirksklassen der Arzt hierfür mehr in den Vordergrund getreten ist (11 mal in 17 Bezirken). Diesem ist dagegen in der Hauptsache die *Leitung* (431 mal) anvertraut, außerdem aber noch 186 mal Beamten und 61 mal sonstigen fernerstehenden Personen, besonders fällt dieses in Sachsen und Norddeutschland und in den drei kleineren Größenklassen auf. Es kommen hier hauptsächlich Lehrer, Geistliche, Schwestern, Gemeindefürsorgerinnen, Ehrendamen, Sekretäre und sonst interessierte Laien in Frage; eine wenig erfreuliche Tatsache, daß, um mit *Gasters* zu sprechen, so viel einseitig und unzureichend vorgebildete Berufsbeamte oder nur wirklich oder angeblich interessierte Dilettanten oder Laien über- oder beigeordnet sind!

Diese 695 Fürsorgebezirke erstreckten sich, wie aus der Tab. IV hervorgeht, über die Hälfte ganz Deutschlands mit 30 556 209 Einwohnern, es kamen auf

Tabelle IV.
Versorgung mit F.-Bezirken, F.-Ärzten und F.-Schwestern.

Länder- oder Größen- gruppe	Zahl der F.-Bez.	Einwohnerzahl	Zahl der		Auf je 10 000 Einwohner:		
			Ärzte	Schwester	F.-Bez.	Ärzte	Schwester
1. Sachsen	95	3 400 762	163	186	0,27	0,47	0,55
2. Berlin-Brandenburg	47	4 192 696	77	98	0,10	0,18	0,23
3. Thüringen	46	757 664	52	81	0,61!	0,69!	1,07!
4. Mittel-Deutschland	30	1 655 090	67	128	0,18	0,41	0,76
5. Schlesien	83	2 344 350	39	124	0,35	0,59!	0,54
6. Ost-, West- Preußen Pommern	51	2 342 707	86	143	0,22	0,37	0,61
7. Nord-Deutschland .	35	2 207 259	81	73	0,16	0,37	0,33
8. Schleswig - Holstein	18	837 363	31	96	0,22	0,37	1,15!
9. Westfalen	154	4 076 673	247	316	0,38!	0,65!	0,77!
10. Rheinland	40	2 632 762	92	159	0,15	0,35	0,61
11. Bayern	66	2 732 070	134	122	0,24	0,49	0,45
12. Süd-Deutschland .	33	2 603 813	68	64	0,13	0,26	0,25
I. 0—5000	91	304 791	103	105	2,98!	3,37!	3,77!
II. 5—15 000	187	1 808 109	256	265	1,03	1,41	1,47
III. 15—50 000	289	8 382 624	539	580	0,34	0,64	0,69
IV. 50—100 000	82	5 806 419	187	290	0,14	0,32	0,49
V. 100—250 000	28	4 324 885	58	141	0,06	0,13	0,33
VI. 250—500 000	11	3 772 313	29	68	0,03	0,08	0,18
VII. Über 500 000	7	5 353 471	65	97	0,13	0,12	0,18
Insgesamt	695	30 556 209	1237	1548	0,23	0,40	0,50

je 1 Million Menschen ca. 23 Lungenfürsorgebezirke. Am dichtesten ist das Netz in Thüringen mit 61, in Westfalen mit 38 und in Schlesien mit 35 Fürsorgestellen auf je 1 Million Einwohner und in den zwei kleinsten Gruppen mit gar

298 und 103 Fürsorgestellen auf 1 Million Menschen, am dünnsten dagegen in Berlin-Brandenburg und in den drei Großstadtklassen.

Die Versorgung mit Fürsorgeärzten, von denen durchschnittlich 40 auf 1 Million Einwohner kommen, ist wieder am besten in Thüringen, dann in Westfalen und Schlesien mit 69, 65 und 59 auf je 1 Million Menschen und in den drei kleineren Gruppen mit 337, 141 und $64^0/000$, während auch hier wieder Berlin-Brandenburg mit 18 und die drei Großstadtklassen mit 13, 8 und 12 auf je 1 Million Einwohner am schlechtesten versorgt sind.

Bezüglich der Versorgung mit Fürsorgeschwestern, von denen im Durchschnitt 50 auf 1 Million Menschen zur Verfügung stehen, ist auch wieder Thüringen mit 107 fast am besten bedacht, etwas mehr finden sich in Schleswig-Holstein (115) und an dritter Stelle steht wieder Westfalen mit 77. Ebenfalls gut versorgt mit Fürsorgeschwestern sind wieder die drei kleinsten Klassen mit 377, 147 und 69 auf je 1 Million. Am schlechtesten versorgt ist wieder Berlin-Brandenburg und auch Süddeutschland und ebenso die zwei größten Großstadtgruppen. Der Forderung *Bräunings*¹⁾ nach einer hauptamtlichen weiblichen Hilfskraft auf je 10 000 Einwohner kommen in den Jahren 1919/20 nur Schleswig-Holstein, Thüringen und die zwei kleinen Gruppen nach, von den übrigen nähern sich nur Westfalen, Mitteldeutschland und die drei größeren Klassen dieser Idealforderung.

Was nun die Anstellungsverhältnisse der Ärzte in den Fürsorgestellen anlangt, so war festzustellen, daß von 1237 tätigen Ärzten nur 67, also nur ein geringer Bruchteil hauptamtlich tätig war, und zwar hauptsächlich in Westfalen und in der 5. und 6. Größenklasse, während die überwiegende Mehrzahl nebenamtlich und ca. ein Fünftel sogar nur ehrenamtlich (vorwiegend in den vier kleinsten Gruppen) beschäftigt war. Von dem hauptamtlich angestellten Fürsorgeärzten waren wir somit 1919/20 noch sehr weit entfernt. Das gleiche gilt wohl auch von den Fürsorgeschwestern, von denen nach der Zusammenstellung *Hesses*²⁾ vom D.Z.K. nur 81 unter 1912 Schwestern sich hauptamtlich der Tuberkulosefürsorgetätigkeit widmen konnten. Eigene Befunde kann ich wegen der Unzuverlässigkeit der darüber vorgelegenen Mitteilungen nicht wiedergeben.

Sonst waren 436 andere Personen und 4 mal größeres Bureaupersonal ohne bestimmte Zahlenangaben zu registrieren. Erwähnenswert wäre hier noch, daß die meisten Bureaubeamten in Berlin-Brandenburg und in den Großstadtgruppen und ehrenamtlich tätige Damen vor allem in Sachsen und in den kleineren Gruppen zu finden waren.

In den 695 Fürsorgebezirken waren die Fürsorgestellen 176 mal in eigenen Heimen, 140 mal in Krankenhäusern, 153 mal in öffentlichen Gebäuden (unter diesen 1 mal in einer Kinderbewahranstalt ! und 4 mal in einer Schule), 27 mal in Pfarrhäusern, Heilstätten, Sanatorien usw. (3 mal in Gastwirtschaften!) untergebracht. 76 hatten überhaupt kein bestimmtes Lokal und außer diesen wurde in 99 Fällen die Fürsorge im Sprechzimmer des Fürsorgearztes erledigt. Mit wenigen Aus-

¹⁾ *Bräuning*, Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Pommern. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1922, Nr. 1.

²⁾ *Hesse*, Geschäftsbericht des D.Z.K. für das Jahr 1921—1922.

nahmen verfügten die Großstadtfürsorgestellen fast alle über eigene Heime, die auch gleichzeitig über mehr als vier Räume hatten, während dieses bei der übergroßen Mehrzahl der Stellen in den vier kleineren Gruppen nicht der Fall war. Meist standen (494 mal) zwei Räume oder weniger zur Verfügung. Mithin hatten mehr als zwei Drittel nicht die von *Pütter* gewünschte Raumzahl zur Ausübung ihrer Tätigkeit.

Eine entsprechende Beobachtung ist auch bei der Abhaltung der Fürsorgesprechstunden zu machen; in den vier größten Gruppen mehr als eine wöchentliche Sprechstunde, meist sogar öfter als 2 mal in der Woche. Dagegen gehört in den kleineren Gruppen der mehrmalige Sprechstundenbetrieb zu den Seltenheiten, wenn nicht dazu die tägliche ärztliche Sprechzeit Gelegenheit bietet. Sonst ist höchstens 1—2 mal im Monat oder nur nach Bedarf oder wie in 16 Fällen überhaupt gar keine bestimmte Zeit dafür festgesetzt.

Soviel über die Organisation. Es geht daraus hervor, daß es sich bei den Auskunft- und Fürsorgestellen im Jahre 1919 und 1920 in der größeren Mehrzahl um Gebilde erst neueren Datums ohne einheitliche Organisation und Ausstattung handelte.

Auffindung der Tuberkulösen.

In folgendem möchte ich zeigen, wie diese an sich verschiedenartigen Gebilde in den Kampf gegen die Tuberkulose eingegriffen haben und wie es mit der Erfüllung der Hauptaufgaben, der Auffindung und Versorgung der Tuber-

Tabelle V.
Besucherzahlen:

Länder- oder Größen- gruppe.	1919		1920	
	Zahl der F.-Bez.	Besucher- zahl auf je 10000 Einw.	Zahl der F.-Bez.	Besucher- zahl auf je 10 000 Einw.
1. Sachsen	37	450	95	195
2. Berlin-Brandenburg	20	340	36	326
3. Thüringen	30	137	46	280
4. Mittel-Deutschland	9	250	27	207
5. Schlesien	27	194	76	320
6. Ost-, West-Preußen Pommern	15	220	46	280
7. Nord-Deutschland .	11	260	32	290
8. Schleswig-Holstein.	—	—	18	59
9. Westfalen	23	580	153	196
10. Rheinland	28	163	26	170
11. Bayern	64	116	8	500
12. Süd-Deutschland .	19	140	21	220
I. 0—5000	19	400	82	382
II. 5—15 000	56	146	167	156
III. 15—50 000	117	109	235	145
IV. 50—100 000.	58	140	60	154
V. 100—250 000.	19	289	23	330
VI. 250—500 000.	9	486	10	354
VII. Über 500 000.	5	369	7	419
Insgesamt	283	274	584	261

kulösen, bestellt ist. Hierüber könnten zunächst die jährlichen Besucherzahlen Aufschluß geben, wenn diese ordnungsmäßig registriert würden.

Die Zusammenstellung der Tab. V aus den Jahren 1919 und 1920 zeigt, daß, wenn man nach *Gumprecht*¹⁾ mit über eine Million Kranker in Deutschland rechnet und es sich bei den Besuchern um Kranke handelte, der Besuch der Fürsorgestellen durchaus befriedigend wäre. Die höchste Frequenz hatte 1919 Westfalen, Sachsen und Berlin-Brandenburg und 1920 Bayern, Schlesien und Berlin-Brandenburg und von den Größengruppen die kleinste und die drei größten Klassen in beiden Jahren. Daß diese Zahlen wegen häufiger Doppelzählungen und Registrierung von Lebens- und Unterstützungsmittelempfängern nicht einwandfrei sind, geht auch schon aus der Tab. V bei einem Vergleich der einzelnen Jahreszahlen, so z. B. von Westfalen, hervor, das im Jahre 1919 mit 580⁰/₀₀₀ die Rekordziffer und im Jahre 1920 nur 196⁰/₀₀₀ aufzuweisen hat. Das ist aber darauf zurückzuführen, daß die Fürsorgestelle Dortmund im Jahre 1919 über 70 000 Besucher meldete, im Jahre 1920 dagegen nur ca. ein Sechstel davon. Es dürfte wohl falsch sein, hier an einen solch enormen Rückgang im Jahre 1920 zu denken, der Unterschied beruht m. E. wohl lediglich auf verschiedener Zählmethode, deren man sich in den beiden Berichtsjahren bedient hat.

Wenn man außerdem mit diesen Zahlen die bei den Besuchern gestellten Diagnosen aus 176 resp. 141 Fürsorgestellen vergleicht (s. Tab. VI), so sieht

Tabelle VI.
Diagnosen der Besucher.

Jahrgang	Zahl der F.-Bez.	Besucherzahl auf je 10 000 Einwohner	Lungen-Tbk.	Tbk. anderer Organe	Tbk. der Haut	Tbk.-Verdacht	Kein Tbk.-Befund
1919	176	226	26,9	4,62	0,13	9,9	63,7%
1920	441	178	20,0	4,5	0,1	9,2	66,2%
Auf je 10 000 Einwohner:							
1919	176	226	61	10	0,2	22	132,8
1920	441	178	48	10	0,2	22	87,8

man, daß nur etwa $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{5}$ der Besucher an einer sicheren Lungentuberkulose leidet, $\frac{1}{10}$ den Verdacht auf Tuberkulose nahelegt und ca. $\frac{1}{20}$ Tuberkulose anderer Organe und der Haut aufzuweisen hat. Fast zwei Drittel aller Besucher hat gar keinen tuberkulösen Befund aufzuweisen, unter denen sich sicherlich viele negative und Umgebungsuntersuchungsergebnisse befinden werden.

Ebenso deutlich wird dieses nach Umrechnung auf je 10 000 Einwohner, dann kommen 226 resp. 198 Besucher auf je 10 000, von diesen hatten aber nur 61 resp. 48 Lungentuberkulose, nur 10 Tuberkulose anderer Organe und 22 Verdacht auf Tuberkulose aufzuweisen, alle übrigen ließen mit Ausnahme von 0,2 Tuberkulose der Haut keine tuberkulösen Befunde erkennen. 1920 waren aber nur 87,8 auf 10 000 ohne tuberkulösen Befund, während 1919 noch 132,8 ohne Tuberkulosebefund durch die Fürsorgestellen gingen.

¹⁾ *Gumprecht*, Weyls Handbuch der Hygiene. II. Aufl. VIII. Bd., 3. Abt. 1921.

Die meisten Tuberkulösen (einschließlich Tuberkulose anderer Organe und Verdacht, s. Tab. VII) hatten unter ihnen sowohl auf die Besucher, wie auf je 10 000 Einwohner berechnet, die Fürsorgestellen in Thüringen, Westfalen, Rheinland und Süddeutschland einerseits und die in der kleinsten und den drei Klassen über 100 000 Einwohner andererseits. Von einzelnen Fürsorge-

Tabelle VII.
Die bei den Besuchern gestellten Diagnosen:
Berichtsjahr 1920.

Länder- resp. Größenklasse	Zahl der F.-St.	In % der Besucher:					Auf je 10 000 Einwohner:				
		Gesamt- zahl aller Lungen- Tbk.	Dar- unter Offen- Tbk.	Tbk. an- anderer Or- gane	Tbk. der Haut	Tbk.- Ver- dacht	Gesamt- zahl aller Lungen- Tbk.	Offen- Tbk.	Tbk. an- anderer Or- gane	Tbk. der Haut	Tbk.- Ver- dacht
1. Sachsen	77	22,5	6,8	3,05	0,14	11,4	34	10,5	4,7	0,22	17
2. Berlin-Brandenb.	30	21,2	4,6	2,8	0,03	9,7	62	13	7	0,08	28
3. Thüringen . . .	46	26,5	6,01	11,2	0,15	10,5	76	17	32	0,4	30
4. Mittel-Deutschl.	21	9,7	4,6	2,9	0,04	4,9	24	11	7	0,1	12
5. Schlesien . . .	36	11,1	5,2	6,3	0,19	8,65	21	11	24	0,4	16
6. Ost-, West-Preu- len, Pommern .	36	8,1	3,1	6,9	0,07	11,5	16	6	13	0,15	22
7. Nord-Deutschl. .	27	15,9	2,4	5,9	0,068	8,9	49	7	19	0,21	28
8. Schl.-Holstein .	12	25,0	19,6	11,8	0,02	10,2	21	16	9	0,01	8
9. Westfalen . . .	109	28,3	6,7	4,79	0,16	16,5	58	13	9	0,3	34
10. Rheinland . . .	23	36,6	7,9	10,04	0,27	11,4	68	14	17	0,5	20
11. Bayern	7	3,6	3,4	0,22	0,011	0,6	18	17	1,1	0,05	2,9
12. Süd-Deutschl. .	17	37,5	9,25	1,85	0,11	5,02	78	13	3,8	0,22	10,4
I. 0— 5 000 . . .	55	22,6	6,9	4,3	0,15	15,9	111	34	21	0,7	78
II. 5— 15 000 . .	128	24,3	8,52	7,6	0,23	13,8	45	15	13	0,4	25
III. 15— 50 000 .	181	24,8	7,6	7,63	0,21	14,3	36	11	11	0,3	24
IV. 50—100 000 .	44	21,3	4,2	4,1	0,14	18,9	36	7	7	0,2	32
V. 100— 250 000 .	20	24,6	6,5	3,5	0,08	8,16	60	16	8	0,2	20
VI. 250—500 000 .	9	15,3	4,01	5,8	0,05	7,08	51	13	19	0,16	23
VII. Über 500 000 .	4	17,1	3,53	2,64	0,02	2,62	64	13	10	0,07	9
Insgesamt	441	19,7	5,29	4,46	0,09	9,14	48	12	10	0,2	22

stellen wären wegen ihrer besonders starken Zahl an Lungentuberkulösen (berechnet auf je 10 000 Einwohner) zu nennen: Leubnitz-Neu-Ostra (1210), Stetzsch (1110), Pulsnitz (146), Borstendorf (245), Roda (142), Orlamünde (353), Blankenburg (151), Samborn (390), Lippspringe (358), Sebnitz (252), Neundorf (207), Neustadt bei Koburg (192), Zella-Mehlis (156), Milla (267), Altenbeken (270), Herbede (261) und Gütersloh (232) zu erwähnen. Von größeren Bezirken sind die Fürsorgestellen in Solingen (157), Münster (202), Schöneberg (179), Bochum-Stadt (182), Saarbrücken (157), Kreis Mettmann (175) und Frankfurt a. M. (188) mitzuteilen. In der letzteren Fürsorgestelle waren, was besonders hervorzuheben ist, 98,3% aller Besucher sicher tuberkulös, welches Resultat nur in Thüringen von Orlamünde mit 100% übertroffen und in Sonneberg mit 95,2% und Roda mit 83,8% nahezu erreicht wird, nahe heran kommen ferner Solingen mit 81%, Borstendorf mit 76,4% und Bentheim mit 76%.

Da aber, wie vorher schon gesagt, diese Besuchsziffern kein eindeutiges Bild von der Auffindungstätigkeit der Fürsorgestellten geben, so hat *Bräuning*¹⁾ vor einiger Zeit einige Normalzahlen aufgestellt, die eine Beurteilung ermöglichen sollen, inwieweit die Aufgaben in dieser Hinsicht erfüllt werden.

Er hat 1. zu errechnen versucht, „wieviel *Neuaufnahmen* etwa auf je 10 000 Einwohner nötig sind, um von allen Tuberkulösen und den Angehörigen der offenen Tuberkulösen Kenntnis zu erhalten. Nach den Berechnungen der Leipziger Allgemeinen Ortskrankenkasse kommen auf je 10 000 Versicherte in einem Jahr etwa 70 Neuerkrankungen an Tuberkulose. Um diese aufzufinden, ist es aber notwendig, eine nicht geringe Zahl von Tuberkuloseverdächtigen zu untersuchen, und zwar nach den Erfahrungen der Stettiner Fürsorgestelle, die nur Überweisungen von Ärzten und Behörden annimmt, mindestens halb so viel, also 35. Ferner müssen wenigstens alle Angehörigen der offenen Tuberkulösen aufgenommen werden. Da auf 10 000 Einwohner zur Zeit etwa jährlich 15 Neuerkrankungen an offener Tuberkulose kommen und nach der Erfahrung der Stettiner Fürsorgestelle auf jeden offenen Tuberkulösen etwa 3 Angehörige, so sind etwa 45 Neuaufnahmen von Familienmitgliedern der offenen Tuberkulösen nötig. Im ganzen sind also auf 10 000 Einwohner $70 + 35 + 45 = 150$ Neuaufnahmen nötig“.

Bräuning hat 2. festzustellen versucht, wieviel *ärztliche Untersuchungen* ungefähr notwendig sind, um den Anforderungen zu genügen: „Man pflegt anzunehmen, daß auf 1 Tuberkulosefall 10 lebende Tuberkulöse (offene und geschlossene) kommen, also auf 10 000 zur Zeit $15 \cdot 10 = 150$. Sie müssen mindestens einmal jährlich untersucht werden. Dazu kommen die oben errechneten 150 Neuaufnahmen, wobei angenommen wird, daß die Neuerkrankungen an Tuberkulose im 1. Jahre mindestens zweimal untersucht (einmal sind sie in den angegebenen 150 Tuberkulösen enthalten, einmal in den Neuaufnahmen). Nimmt man ferner an, daß die Angehörigen der offenen Tuberkulösen einmal jährlich untersucht werden, so kommen weitere 37,5 (Zahl der offenen Tuberkulösen, vgl. weiter unten) : 3 (Zahl der Angehörigen) = 112 Untersuchungen hinzu, von denen aber 45 abzuziehen sind, welche schon in den 150 Neuaufnahmen enthalten sind. Es bleiben also 67. Im ganzen sind mithin $150 + 150 + 67 = 367$ *ärztliche Untersuchungen* auf 10 000 Einwohner im Jahre notwendig.“

3. hat *Bräuning* eine weitere Normalzahl errechnet, die es erlaubt, zu beurteilen, „wieviel Prozent aller offenen Tuberkulösen zur Kenntnis der Fürsorgestelle kommen. Die Sterblichkeit an Lungentuberkulose beträgt zur Zeit etwa 15 auf 10 000, die durchschnittliche Lebensdauer der offenen Tuberkulösen beträgt nach den Feststellungen der Stettiner und anderer Fürsorgestellten $2\frac{1}{2}$ Jahre, also beträgt die *Zahl der lebenden offenen Tuberkulösen* $15 : 2,5 = 37,5$.“

Der Anforderung von 150 Neuaufnahmen auf je 10 000 Einwohner entspricht, wie der Zusammenstellung in Tab. VIII zu entnehmen ist, nur Westfalen im Jahre 1919 allein von allen Ländergruppen und die kleinste der Größenbezirke in beiden Jahren mit 285 resp. 293 auf je 10 000, außerdem im Jahre 1919 die 6. Größenklasse mit 190 auf je 10 000.

¹⁾ *Bräuning*, Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Pommern. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1922, Nr. 1.

Tabelle VIII.
Neuaufnahmen.

Länder- oder Größen- gruppe	1919		1920	
	Zahl der F.-Bezirke	Zahl der Neuaufnah- men auf je 10000 Einw.	Zahl der F.-Stellen	Zahl der Neuaufnah- men auf je 10000 Einw.
1. Sachsen	37	60	90	81
2. Berlin-Brandenburg	20	102	36	103
3. Thüringen	30	107	46	133
4. Mittel-Deutschland	9	63	24	62
5. Schlesien	27	71	43	58
6. Ost-,West-Preußen, Pommern	15	45	45	43
7. Nord-Deutschland .	11	89	31	98
8. Schleswig-Holstein .	—	—	16	46
9. Westfalen	23	220	149	98
10. Rheinland	28	60	26	56
11. Bayern	64	49	7	85
12. Süd-Deutschland . .	20	41	20	64
I. 0—5000	19	285	73	293
II. 5—15 000	56	95	152	105
III. 15—50 000	117	60	213	73
IV. 50—100 000	58	41	57	62
V. 100—250 000	20	60	22	71
VI. 250—500 000	9	190	10	85
VII. Über 500 000	5	83	6	84
Insgesamt	284	84	533	82

Viel erfreulicher wird dagegen das Bild, wenn man hier die Zahl der einzelnen Fürsorgestellten heranzieht, von denen 1920 nach der *Hesseschen* Zusammenstellung des D.Z.K. schon 107 diese *Brüningsche* Normalzahl erreichen oder sogar erheblich übertreffen. Außer diesen erreichten nach meinen Feststellungen weitere 16 Bezirke¹⁾ diese Idealzahl, so daß schon insgesamt 123 diese zu verzeichnen hatten. Die meisten Idealzahlen waren insgesamt in Westfalen, Schlesien und Thüringen zu finden, aber auch Sachsen und Berlin-Brandenburg blieben nicht weit zurück. Diese günstigen Ziffern verteilen sich fast gleichmäßig auf die drei kleineren Fürsorgegruppen, während in den Bezirken über 50.000 Einwohner nur ganz vereinzelte Stellen diesen Anforderungen genügten.

Bei diesen Neuaufnahmen handelte es sich, wie aus Berichten von 79 resp. 281 Fürsorgestellten aus den Jahren 1919/20 zu ersehen ist (s. Tab. IX), im Jahre 1919 zu 20,2% um sichere Lungentuberkulose (darunter 4,1 offene), zu 3,4% um Tuberkulose anderer Organe und der Haut und zu 7,3% um Tuberkuloseverdacht, während im Jahre 1920 schon wesentlich mehr Erkrankte festgestellt und nur mehr bei 44% kein Tuberkulosebefund gegen 70% im Vorjahre er-

¹⁾ (Stetzsch, Leubnitz-Neuostra, Sebnitz i. Sa., Weißensee, Wilmersdorf, Charlottenburg i. Brdbg., Blankenburg, Milla, Jena, Eisenach i. Thür., Schönberg, Grünberg i. Schl., Hamburg i. Norddeutschl., Stockum, Lübbecke i. Westf. und Darmstadt in Süddeutschl.)

Tabelle IX.

Diagnosen der Neuaufnahmen

Jahrgang	Zahl der F.-Bez.	Neuaufnahmen auf je 10000 Einwohner	Lungen-Tbk.	Offen-Tbk.	Tbk. anderer Organe	Tbk.-Verdacht
1919	79	142	20,2%	4,1%	3,35%	7,3%
1920	281	88	25,9%	7,7%	8,7%	21,2%
Auf je 10000 Einwohner:						
1919	79	142	28	5	4	10
1920	281	88	23	6	7,7	18

hoben werden konnte. Ebenso ist auch das Resultat bezüglich der aufgefundenen Tuberkulosekranken, berechnet auf je 10 000 Einwohner 1920 besser als für 1919, indem nämlich ca. 49 neu aufgenommenen Tuberkulösen und Verdächtigen 42 aus dem Vorjahre gegenüberstehen, trotzdem die Zahl der Neuaufnahmen an sich zurückgegangen war. Diese Zahlen der wirklich Tuberkulösen bleiben aber noch wesentlich hinter den 70 nach der Leipziger Ortskrankenkassenstatistik anzunehmenden jährlichen Neuerkrankungen zurück, ebenso auch die Zahlen der Offentuberkulösen hinter den mit 15 nach den Stettiner Erfahrungen zu erwartenden Neuerkrankungen dieses Stadiums (4,1 und 7,7). Erreicht werden die Leipziger Neuerkrankungsziffern jetzt schon von einzelnen Gruppen, so z. B. in Thüringen, Schlesien und Westfalen und in den zwei kleinen und der 5. und 6. Größenklasse. Die Stettiner Offentuberkulösenzahl von 15 pro Jahr wurde 1919 von Schlesien, 1920 von Schleswig-Holstein und in den beiden Jahren von der kleinsten Gruppe erreicht, nahe heran kamen Thüringen (1920), Westfalen (1919/20), 2. Klasse (1919/20), 3. Klasse (1919) und 5. Klasse (1920).

Weit übertroffen werden diese Ziffern schon von vielen Fürsorgestellen, so hatten auf je 10 000 Einwohner berechnet unter ihren Neuzugängen an sicheren Lungentuberkulösen Lippspringe 358, Orlamünde 353, Samborn 330, Altenbecken 270, Milla 266, Borstendorf 245, Gütersloh 192, Blankenburg 151, Pulsnitz 146, Schönberg 125. Über 75 hatten Lichtentanne, Westerholt, Wiedenbrück, Meißen, Eisenach, Weißstein, Königstele, Eßlingen und ebenso Nürnberg (77). Auch hatten 43 Fürsorgestellen mehr als 15 auf 10 000 neuerkrankte Offentuberkulöse zu verzeichnen, unter denen besonders Samborn (203), Borstendorf (113), Schönberg (100), Wiedenbrück (195), Pulsnitz (87), Lichtentanne (83), Iserlohn (68), Orlamünde (58) und Westerholt (56) hervorzuheben sind.

Ein besonders großer Prozentsatz sicher Tuberkulöser unter den Neuzugängen war in Orlamünde und Lichtentanne mit 100%, weiter in Schlettau i.S. 88,8%, Liebau i. Schl. 82,3%, Eckernförde 81,6%, Sonneberg i. Th. 80,5% und in Rathenow mit 80,9%, ferner noch in Borstendorf, Zella-Mehlis, Neustadt i. Schleswig-Holstein, Annaberg, Lüdenscheid, Altena und Nürnberg.

Die Zahl der in den Jahren 1919 und 1920 aufgefundenen Tuberkulösen und Verdächtigen ist also in einer ganzen Reihe von Fürsorgegruppen und besonders von einzelnen Fürsorgestellen schon ziemlich groß, recht erheblich aber auch noch die Zahl der Nichtkranken im Jahre 1919, die die Fürsorgestellen

Tabelle X. Überweisungen der Neuaufnahmen.

Länder- und Großengruppen	Zahl der Neuaufnahmen auf je 10000 Einw.		Durch Schulen, Lehrer, Geistl. usw.		Durch Behörden, Ämter, Gemeinden, andere F.-Stellen usw.		Durch L. V. A.		Durch Krankenkassen		Durch Krankenhäuser u. Heilstätten		Durch Fürsorgestelle selbst ermittelt		Selbst gemeldet		Durch Ärzte	
	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920	1919	1920
1. Sachsen	68	60	0,9%	5,6	11,6	6,9	7,2	6,4	0	3,4	2,2	1,2	10,6	9,6	13,7	17,7	40%	36,5
2. Berlin-Brandenburg . .	137	130	1,2	3,5	5,3	6	1,9	0,8	1,2	2,5	1,2	0,9	14,8	19,8	38,7	34,7	29%	27,8
3. Thüringen	107	130	0	1,3	8,6	6,2	10,3	4,9	4,1	2,1	0,0	0,6	25,7	21,6	34,9	33,4	16,7	21,2
4. Mittel-Deutschland . .	65	61	5,6	18,9	10,3	7,3	2,7	7,4	11,9	10,9	7,0	2,3	6,8	15	42	23,8	12,6	11,0
5. Schlesien	76	67	3,4	3,7	7,1	9,0	6,8	6,3	6,7	4,8	3,3	20	17,5	17,8	41,3	42,4	7,2	6,6
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	73	65	2,0	1,14	14,1	4,7	1,2	1,5	1,9	31,1	1,3	0,7	14,7	19,3	20,9	19,8	45,3	14,5
7. Nord-Deutschland . . .	102	105	2,2	2,7	0,2	22,2	5,5	7,0	1,6	3,0	12,0	1,2	30,6	16,4	34,0	31	12,9	13,8
8. Schleswig-Holstein . .	—	54	—	0,3	—	7,4	—	7,8	—	0,2	—	0,2	—	12	—	53,6	—	18,1
9. Westfalen	113	90	0	7	0,5	8,3	3,2	3,2	0,3	0,7	0,5	1,0	16	24	39,4	24	11,0	26,0
10. Rheinland	66	52	12,8	13,4	16,3	9,8	4,3	5,7	1,2	1,4	2,8	2,9	18	17,1	15,1	14,7	29,2	33,0
11. Bayern	53	87	2,4	3,1	9,4	8,2	5,6	1,0	3	1,5	1,9	3,3	10,8	19,9	19,6	40,6	33,6	35,7
12. Süd-Deutschland . . .	51	60	6,0	11,2	8,8	11,8	17,3	20,6	11,7	3,03	8,7	6,5	15,9	12,0	3,4	16,0	27,6	27,6
0— 5 000	140	206	0,7	1,7	2,5	3,4	7,5	3,6	0,4	1,4	0	0,3	12,2	20,3	43,8	31,7	32,8	21,5
5— 15 000	109	100	1,5	4,2	7,3	6,04	5,3	3,1	1,7	0,9	0,8	1,8	22,2	22,3	30,8	23,97	21,6	30,5
15— 50 000	67	73	2,2	3,9	9,5	7,7	5,4	6,0	7,1	3,8	1,7	1,2	22,6	17,9	40,8	33,2	14,7	15,3
50—100 000	48	63	3,2	7,6	7,5	11,3	7,4	6,4	1,9	5,1	1,9	1,03	15,4	20,9	28,9	30,9	21,5	20,4
100—250 000	73	80	6,5	8,4	10,8	7,1	8,8	7,4	4,1	12,7	1,5	2,6	13,5	15,4	13,5	18,8	41,6	31,8
250—500 000	88	86	3,5	6,9	6,5	8	3,5	4,7	3,5	2,2	4,9	2,3	11,9	16,3	27,0	21,6	31,8	32,6
Über 500 000	84	90	2,3	3,02	7,7	17,01	5,6	3,8	0,8	2,4	7,6	1,9	19,6	17,3	21,8	34,1	23,6	22%
	75	80	3,34	5,6	8,2	9,5	5,9	5,4	3,2	4,8	3,9	1,8	16,7	17,9	21,1	27,4	26,9	23,8

aufgesucht und dadurch unnötig den Arbeits- und Finanzetat belastet haben. Das hätte aber vermieden werden können, wenn die Zuweisung der Kranken an die Fürsorgestellen häufiger durch die in Betracht kommenden Behörden, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, Krankenhäuser, Heilstätten, Schulen usw., vor allem aber durch die behandelnden praktischen Ärzte erfolgt wäre.

Wie es aber mit diesen Überweisungen bestellt ist, zeigt die Tab. X, die auch gleichzeitig ein Bild davon abgibt, wie es sich mit der so oft und energisch geforderten Zusammenarbeit mit den anderen in Betracht kommenden Faktoren verhält. Die hier in Betracht kommenden Zahlen standen mir aus 195 Fürsorgestellen für 1919 und aus 367 für das Jahr 1920 zur Verfügung. Aus ihnen geht nun hervor, daß nur ca. 25% der Fürsorglinge durch die Ärzte, ca. 10% durch Behörden, Ämter usw. überwiesen wurden, weit über 40% kamen entweder von selbst oder wurden durch die Fürsorgestelle selbst ermittelt. Nur geringe Bruchteile kamen durch die Schulen, Krankenhäuser und Heilstätten und auch nicht viel mehr von den Landesversicherungsanstalten und den Krankenkassen zur Fürsorgestelle, was um so bedauerlicher ist, als doch gerade von diesen Faktoren recht häufige und wichtige Meldungen erhalten werden könnten. Als die wichtigsten sind jedoch, wie schon häufig betont, die der Ärzte anzusehen, und da haben die in Sachsen, Bayern, Rheinland und die 5. und 6. Größenklasse die meisten Patienten in beiden Jahren überwiesen. Die hier erhaltenen ärztlichen Überweisungsziffern sind noch viel zu gering, da höchstens 45% als höchste Zahl erreicht wird. Die beste Zusammenarbeit mit allen fraglichen Faktoren hatte rein zahlenmäßig durchwegs die 5. Größengruppe von 100 000—250 000 Einwohnern für beide Jahre aufzuweisen.

Viel befriedigender sind hier schon die Berichte der einzelnen Fürsorgestellen aus dem Jahre 1920 und konnte ich 47 feststellen, deren Patienten zu über 50% von den Ärzten überwiesen waren. Elf Fürsorgestellen von diesen, nämlich Crottendorf, Sundern, Neu-Beckum, Neuenrade, Südlohn, Bentheim, Fredeburg, Uedem, Polzin, Weitmar und Dortmund-Land hatten von allen ihren Fürsorglingen Kenntnis durch die praktischen Ärzte bekommen, weitere 17 (Pulsnitz, Vetzschau, M.-Langenöl, Sebnitz, Milla, Warza, Lüdenscheid, Halver, Altenbecken, Ahlen, Wipperfürth, Kamenz, Seelow, Gladbeck, Stettin, Saarbrücken und Frankfurt a. M.) mehr als 80%.

Besonders günstige Schulmeldungsziffern mit über 50% hatten Brunn-döbra, Großalmenrode, Nordhausen, Zerbst und Kassel, weitere 14 über 20% (Hermsdorf, Barntrup, Annaberg, Küstrin, Langenbielau, Bamberg, Heidelberg-Stadt, Freiburg, Gelsenkirchen, Kreis Mettmann, Mainz, Chemnitz, Essen und Düsseldorf).

Die meisten Meldungen durch Behörden, Ämter usw. waren in Trebsen, Orlamünde, Nothemb, Loschwitz, Saalfeld und Bremen mit über 40%, weitere 13 über 20%. Von seiten der Landesversicherungsanstalten wurden am besten 11 Fürsorgestellen (Schönheide, Meißen, Altenburg, Hemer, Eßlingen, Heidelberg-Stadt, Leipzig-Land, Kassel, Mannheim, Bremen und Stuttgart L.V.A.) mit Zuweisungen versorgt, die zwischen 20—35% aller Neuzugänge ausmachten.

Nur wenige Fürsorgestellen hatten größere Patientenzugangsziffern durch die Krankenkassen und zwar nur Meißen, Bamberg, Lauenburg (51,4%), Biele-

feld-Stadt, Erfurt (35,7%) und Stuttgart L.V.A., die 20—52% der Neuzugänge betragen.

Von besseren Zugangsziffern durch Krankenhäuser und Heilstätten wäre nur Stuttgart L.V.A. mit 39,3%, Landstuhl i. B. 31,9%, Kreuzburg 23%, Frankfurt a. M. 17,6%, Mannheim 14,8%, Vetzschau 13,6% und Steinach mit 12% erwähnenswert.

Diese mitgeteilten Zahlen dürften wohl gezeigt haben, daß das Überweisungswesen in vielen Fürsorgestellen und Bezirken noch sehr der Verbesserung bedarf, und daß die Selbstmeldungen und die durch die Fürsorgestellen ermittelten in manchen Bezirken fast mehr als 50 oder gar 60% ausmachen, wie z. B. in Berlin-Brandenburg, Thüringen, Schlesien, Schleswig-Holstein und Bayern, vor allen in den kleineren Gruppen unter 100 000 Einwohnern und ebenso in den ganz großen Städten mit über 500 000. Ob unter diesen Umständen die Verwirklichung der Forderung nach ausschließlich ärztlichen Überweisungen für die Entwicklung der Arbeit des Fürsorgestellenwesens ratsam wäre, möchte vorderhand doch noch mehr als fraglich erscheinen.

Wichtig für die Beurteilung der Fürsorgetätigkeit bezüglich der Auffindung der Tuberkulösen sind, wie eingangs dieses Abschnittes ausgeführt, nach *Bräuning* weiter die jährlichen Untersuchungszahlen. Er verlangt 367 ärztliche Untersuchungen pro je 10 000 Einwohner. Diese Normalzahl 367 wurde im Jahre 1920 von Thüringen nahezu erreicht (s. Tab. XI) und nur von der kleinsten Fürsorgegruppe mit 379 überschritten. Gute Zahlen hatten weiter

Tabelle XI.

Untersuchungszahlen 1920.

Länder- resp. Größengruppe	Zahl der F.-Bezirke	Untersuchungszahlen auf je 10 000 Einwohner
1. Sachsen	69	161
2. Berlin-Brandenburg .	34	244
3. Thüringen	45	357
4. Mittel-Deutschland .	19	135
5. Schlesien	31	146
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	40	148
7. Nord-Deutschland . .	26	283
8. Schleswig-Holstein . .	12	207
9. Westfalen	117	264
10. Rheinland	18	159
11. Bayern.	5	258
12. Süd-Deutschland . .	19	135
I. 0— 5 000.	49	379
II. 5— 15 000.	125	312
III. 15— 50 000.	184	221
IV. 50—100 000.	49	145
V. 100—250 000.	20	284
VI. 250—500 000.	8	300
VII. Über 500 000.	5	173
Insgesamt	436	214 ^{0/000}

wieder Westfalen, Bayern, Norddeutschland und Berlin-Brandenburg und die 2., 5. und 6. Größengruppe. Von einzelnen Fürsorgestellen haben nach *Hesses* Zusammenstellung 109 Fürsorgestellen im Jahre 1920 schon diese Idealzahl aufzuweisen, nach meinen Erhebungen kommen weitere 15 hinzu, und zwar von der kleinsten Gruppe Elterlein (591), Stockum (1293), Wesecke (1220) und Lippspringe (680) in Westfalen, von der 2. Sebnitz i. S. (2573) und Laer i. W. (923), von der 3. Eberswalde (705), Weissensee i. Br. (501), Bublitz i. P. (372), Witten i. W. (432) und Neuß i. Rh. (536), von der 4. Bielefeld-Stadt (367), von der 5. Wilmersdorf i. Br. (654) von der 6. Gruppe Charlottenburg mit 695 und schließlich von der 7. Hamburg mit 434 auf 10 000.

So erfreulich diese Ergebnisse in den einzelnen Fürsorgestellen auch sein mögen, so sagen sie uns bezüglich der wirklich aufgefundenen Tuberkulösen nur wenig, solange die hohen Untersuchungsziffern nicht auch von einem hohen Prozentsatz tatsächlich Tuberkulöser gefolgt sind. Darüber schweigen sich aber viele, wenn nicht sogar die meisten aus.

Viel bedeutungsvoller scheint mir daher die weitere Normalzahl *Bräunings* zu sein, die das Bekanntsein der Offentuberkulösen errechnen soll. Die hierfür verlangte Idealzahl von $37,5\text{‰}$ wird, wie die Tab. XII zeigt, im Jahre 1920 von keiner der Länder- und Größengruppen erreicht, nahe heran kommt die kleinste Gruppe mit 34 auf 10 000. Erfreulicher sind hier die Verhältnisse bei einzelnen Fürsorgestellen. Insgesamt war 32 Fürsorgestellen die *Bräuning*-sche Anzahl Offentuberkulöser bekannt, von denen die meisten auf Westfalen,

Tabelle XII.

Zahl der bekannten Offen-Tbk. 1920.

Länder- resp. Größengruppe	Zahl der F.-Bezirke	Offen-Tbk. auf je 10000 Einwohner
1. Sachsen	77	10,5
2. Berlin-Brandenburg .	30	13
3. Thüringen	46	17
4. Mittel-Deutschland .	21	11
5. Schlesien	36	11
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	36 27	6 7
7. Nord-Deutschland . .		
8. Schleswig-Holstein . .	12	16
9. Westfalen	109	13
10. Rheinland	23	14
11. Bayern	7	17
12. Süd-Deutschland . .	17	13
I. 0— 5 000.	55	34
II. 5— 15 000.	128	15
III. 15— 50 000.	181	11
IV. 50—100 000.	44	7
V. 100—250 000.	20	16
VI. 250—500 000.	9	13
VII. Über 500 000.	4	13
Insgesamt	441	12 ⁰ / ₀₀₀

Sachsen, Thüringen und die kleinsten Gruppen entfallen. Besonders hervorzuheben sind die überaus hohen Zahlen von Leubnitz-Neu-Ostra (242), Borstendorf (113), Stetzsch (100), Pulsnitz (84), Lichtentanne (83), Neuendorf (84), Sebnitz i. Sa. (78) Neustadt b. Koburg (160), Sonneberg i. Thür. (82), Schönberg (100), Samborn (250), Herbede (120), Stiepel (80), Südlohn (69), Wiedenbrück (95), Iserlohn i. Westf. (68) und von größeren Bezirken Hattingen (70), Mannheim (52), Kreis Mettmann (41), Mainz-Stadt (38) und besonders Solingen mit 78 auf 10 000. Im allgemeinen ist aber die Kenntnis der Fürsorgestellen von den Offentuberkulösen ihres Bezirks noch recht dürftig, ein Resultat, was noch schlechter würde, wenn man mit *Blümel*¹⁾ die Lebensdauer der Offentuberkulösen mit 3 oder nach unseren hiesigen Erfahrungen mit 4 Jahren berechnete.

In diesem Zusammenhange muß noch erwähnt werden, daß, um noch mehr Offen-Tuberkulöse zur Kenntnis der Fürsorgestelle zu bringen, von vielen Fachleuten die Einführung der Anzeigepflicht der Offen-Tuberkulösen verlangt wird, d. h. der Tuberkulösen, deren Auswurf untersucht und als positiv tuberkulös befunden ist. Es fragt sich aber, ob damit viel erreicht wird. Es ist nämlich eine Erfahrungstatsache, daß infolge ihrer starken Inanspruchnahme die Kassen- und Armenärzte, die für die Meldung hauptsächlich in Frage kämen, diese Untersuchungen in einem relativ kleinen Prozentsatz vornehmen oder ausführen lassen. Es würde also auch auf diese Weise der größere Teil der offentuberkulösen Kassen- und Armenpatienten unbekannt bleiben. Nimmt man nun noch die vielen Patienten hinzu, die höchstens einen kleinen Spitzenkatarrh, aber keine Tuberkulose haben wollen und nur dann zum Arzt gehen, wenn ihnen nicht die Unbequemlichkeit einer Anzeige in Aussicht steht, so resultiert hieraus eine weitere Gefahr, daß sicherlich häufig auch schon Offentuberkulosefälle unter diesen unerkant bleiben. Sodann ist noch daran zu denken, daß das Bekanntwerden dieser Erkrankungsart oft genug zu einem beruflichen und gesellschaftlichen Boykott der Gemeldeten führen kann, was gewiß nicht dazu angetan ist, das Vertrauen zum Arzt und die Untersuchungsbereitschaft der Patienten zu heben. Man wird eben versuchen, solange wie möglich die Gefährlichkeit seiner Erkrankung zu verheimlichen, vor allen Dingen aber dann, wenn der Staat mit seiner Zwangsmeldung nicht gleichzeitig die nötigen Gelder und Fürsorgemittel zur Verfügung stellen kann; denn dann könnte es, wie *Ranke*²⁾ mit Recht betont hat, sehr leicht dazu kommen, daß „der Tuberkulöse vergrämt wird und vom Markte verschwindet“. Daß man mit dieser Meldepflicht nicht viel mehr Offen-Tuberkulöse kennenlernen wird, glaube ich nach den Erfahrungen, die *Pötter*³⁾ nach Einführung der Meldepflicht vorgeschrittener Tuberkulöser durch die Ärzte in den letzten 20 Jahren zunächst in Chemnitz und dann in Leipzig gemacht hat, annehmen zu können. In Übereinstimmung mit *Bräuning*⁴⁾

1) *Blümel*, Jahresbericht der Hallenser Fürsorgestelle für 1920.

2) *Ranke*, Verhandlungen des D. Z.K. in der XXIV. Generalversammlung am 22. X. 1920.

3) *Pötter*, Dies. Veröffentlichung.

4) *Bräuning*, X. Jahresbericht des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Stettin.

erhoffe ich vielmehr von den freiwilligen Meldungen der Offen- und Geschlossen-Tuberkulösen durch die Ärzte, wenn zwischen Fürsorgestelle und Ärzteschaft das richtige Vertrauensverhältnis herrscht.

Bedeutungsvoll ist in diesem Zusammenhange auch die Kenntnis der Lungenfürsorgestellen von den Todesfällen an Lungentuberkulose ihres Bezirks resp. wie viele von diesen vor dem Tode als tuberkulös bekannt und in Fürsorge waren. Aufschluß darüber geben 228 Bezirke 1919 und 416 im Jahre 1920. In beiden Jahren waren ca. ein Drittel der amtlich gemeldeten Tuberkulose-todesfälle vorher bekannt, 1919 kannten 11% und 1920 23% der Fürsorge-

Tabelle XIII.

Vorher bekannte Todesfälle an Lungen-Tuberkulose.

Länder- und Größen- gruppe	1919					1920				
	Zahl der F.-St.	Todes- fälle an Lungen- Tbk.	Vorher bekannt in %	Alle Todesfälle kannten ? F.-St.	Keinen Todesfall kannten ? F.-St.	Zahl der F.-St.	Todes- fälle an Lungen- Tbk.	Vorher bekannt in %	Alle Todesfälle kannten ? F.-St.	Keinen Todesfall kannten ? F.-St.
1. Sachsen . . .	29	4 094	31	5	3	76	2 753	41,8	23	10
2. Berl.-Brandenb.	17	6 191	38,8	1	2	28	4 675	37,1	2	2
3. Thüringen . .	30	1 416	42,2	3	1	29	781	64,2	15	2
4. Mittel-D. . . .	6	825	36,8	0	0	39	1 275	40,7	3	3
5. Schlesien . . .	27	1 070	41,1	6	3	19	784	39,7	9	3
6. Ost-, West-Pr. Pommern . . .	6	857	50,5	0	0	35	1 563	44,2	5	6
7. Nord-Deutshl.	4	2 077	14,4	0	0	19	2 231	19,9	4	6
8. Schlesw.-Holst.	—	—	—	—	—	10	643	32,6	1	—
9. Westfalen . . .	13	1 858	34,5	1	2	107	5 713	38,9	30	17
10. Rheinland . .	28	4 931	27	6	1	23	3 091	25	2	2
11. Bayern	60	4 393	33,8	3	0	7	1 905	36,2	1	—
12. Süd-Deutshl.	8	2 694	40,2	0	1	16	2 848	47,3	1	2
0— 5 000	18	219	57,9	6	2	58	398	61,8	34	8
5— 15 000	55	1 042	46,3	12	3	110	1 532	54,7	36	13
15— 50 000	97	4 245	38,7	7	5	166	6 181	36,5	22	21
50—100 000	35	4 653	26,8	0	3	47	3 922	36,2	3	8
100—250 000	13	5 070	38,4	0	0	21	4 785	40,1	1	3
250—500 000	5	4 560	37,7	0	0	9	4 623	44,1	—	—
Über 500 000	5	10 627	29,9	0	0	5	6 721	28	—	—
Insgesamt	228	30 416	33,04	25 = 10,96%	13 = 5,7%	416	28 262	37,5	96 = 23%	53 = 12,7%

stellen alle Todesfälle an Lungentuberkulose vorher, dem gegenüber aber 13 = 5,7%, 1919 und gar 53 = 12,7% im Jahre 1920 keinen einzigen. Die besten Zahlen waren, wie Tab. XIII zeigt, hier wieder in den zwei kleinsten Gruppen und in Thüringen, Ost-, West-Preußen, Pommern, Schlesien, Süddeutschland und 1920 noch in Sachsen und Mitteldeutschland zu finden. Die Zahlen des Jahres 1920 sind im allgemeinen durchwegs besser als 1919. Man muß aber dabei bedenken, daß die amtlichen Meldungen lange nicht alle Todesfälle an Lungentuberkulose umfassen, worauf ja bereits von *Bräuning*¹⁾ hingewiesen ist und

¹⁾ *Bräuning*, Einführung einer zuverlässigen Statistik der Tuberkulosesterblichkeit usw. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1921, Nr. 5/6.

woraus natürlich noch eine weitere Verschlechterung der hier mitgeteilten Ergebnisse eintreten könnte.

Diese werden aber nun noch schlechter, wenn man nachforscht, wie lange die Tuberkulosedodesfälle in den Fürsorgestellen vorher als tuberkulös bekannt und in Fürsorge waren. Darüber gaben aus dem Jahre 1919 leider nur 55 Fürsorgestellen und aus dem Jahre 1920 179 Fürsorgestellen Aufschluß (s. Tab. XIV und XV). 1919 waren 37% und 1920 51,4% vor ihrem Tode als tuberkulös

Tabelle XIV.
Jahrgang 1919.

Land- oder Größenklasse	Zahl der F.-St.	In d. F.-St. vorher bekannte Tbk.-Todesfälle	In % aller Lungen-Tbk.-Todesfälle	Davon waren in Fürsorge in % der bekannten Todesfälle			
				1	2—6	7—11	12 Monate u. mehr
1. Sachsen	7	40	47,6	15,0	35,0	2,5	32,5
2. Berlin-Brandenburg	2	16	28,0	12,5	79,7	6,25	12,5
4. Mittel-Deutschland	1	19	79,1	10,5	36,8	52,4	0
5. Schlesien	10	262	42,7	10,6	31,8	13,6	1,5
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	1	5	20,8	0	20,0	20,0	60,0
7. Nord-Deutschland	2	27	18,6	11,1	66,6	14,8	7,4
9. Westfalen	3	16	8,3	0	56,2	12,5	31,2
10. Rheinland	10	128	28,3	10,1	38,9	7,0	39,0
11. Bayern	18	440	34,8	8,4	40,1	17,9	31,1
12. Süd-Deutschland	1	263	51,6	30,8	26,8	13,4	27,7
I. 0— 5 000	5	35	85,4	5,7	25,8	23,0	37,1
II. 5— 15 000	16	117	30,3	11,9	57,9	10,95	14,5
III. 15— 50 000	24	409	40,2	10,0	41,3	13,7	22,4
IV. 50—100 000	8	249	24,6	10,8	32,5	17,2	38,5
V. 100—250 000	2	397	49,3	22,1	28,9	15,1	33,2
Insgesamt	55	1 207	37,0	14,3 %	36,6 %	14,8 %	29 %

bekannt und von diesen insgesamt ca. 30—36% 12 Monate und länger in Fürsorge, 14,8 resp. 17,9% 6—11 Monate, 50,9 resp. 46,5% nicht 1/2 Jahr und gar 14,3% resp. 7,8% noch nicht 4 Wochen lang. Hier weisen in beiden Jahren Ost-, West-Preußen, Pommern und die Gruppe über 500 000 Einwohner gute Zahlen auf und im Jahre 1920 außerdem noch Schleswig-Holstein, Mittel- und Norddeutschland. Besonders zu erwähnen wären von einzelnen Fürsorgestellen Roßwein, Saarlouis und Amberg aus dem Jahre 1919 und Soorau, Bentheim, Tönning, Lüdenscheid, Guben, Liebau, Polzin und Ahlen aus dem Jahre 1920, die alle die ihnen als tuberkulös vorher bekannten Todesfälle 1 Jahr und länger in Fürsorge gehabt haben. Außerdem hatten in dieser Beziehung noch weitere 9 Fürsorgestellen des Jahres 1919 und 55 von 1920 recht befriedigende Resultate (mit über 30%), von denen noch Buchholz, Neustadt i. Schl.-Holst., Landstuhl, Sondershausen, Langweiler - Weißweiler, Sundern, Allenstein, Stargard, Delmenhorst, Wandsbeck, Görlitz, Hildesheim, Paderborn, Leipzig-Land und Altona über 70% ihrer an Tuberkulose verstorbenen Fürsorglinge länger als 12 Monate betreuen konnten.

Tabelle XV.
Jahrgang 1920.

Länder- und Größengruppe	Zahl der F.-St.	In d. F.-St. vorher bekannte Tbk.-Todesfälle	In % aller Lungen-Tbk.-Todesfälle	Davon waren in Fürsorge in % der bekannten Todesfälle			
				1	2—6	7—11	12 Monate u. mehr
1. Sachsen	45	417	50,24	9,1	33,8	18,0	33,8
2. Berlin-Brandenburg . .	12	339	45,6	6,2	33,9	16,11	44,8
3. Thüringen	25	346	76,0	8,4	29,7	19,09	42,1
4. Mittel-Deutschland . .	6	82	44,0	4,9	24,22	17,05	56,0
5. Schlesien	15	103	48,8	7,7	46,7	19,4	33,0
6. Ost-, Westpreußen, Pommern	20	289	37,2	4,5	29,48	25,52	39,7
7. Nord-Deutschland . .	8	107	34,2	9,3	29,04	14,92	46,7
8. Schleswig-Holstein . .	5	60	27,3	1,7	26,62	8,32	76,66
9. Westfalen	31	842	62,3	6,1	29,4	19,8	35,4
10. Rheinland	6	104	48,6	6,7	44,13	21,11	30,7
11. Bayern	2	39	76,4	2,6	28,22	2,56	30,76
12. Süd-Deutschland . .	4	312	56,0	17,6	29,7	12,50	35,2
I. 0— 5 000	25	112	73,6	7,1	37,3	26,6	27,6
II. 5— 15 000	59	449	65,3	8,2	39,2	19,1	30,0
III. 15— 50 000	70	1035	48,2	9,8	35,5	18,7	36,2
IV. 50—100 000	18	708	54	5,6	28,0	19,4	47,3
V. 100—250 000	6	637	47,5	7,8	22,48	14,3	39,4
VI. 250—500 000	1	99	33,1	1,11	26,64	19,98	55,55
VII. Über 500 000	0	0	0	0	0	0	0
Insgesamt	179	3040	51,4	7,8	31,3	17,72	35,6

Wenn auch diese Ergebnisse in einzelnen Fürsorgestellen schon ganz zufriedenstellend sind, so sind die schlechteren Gesamtergebnisse der übrigen um so bedauerlicher, als doch der größte Teil der Tuberkulösen in hygienisch meist unzureichenden Wohnungen stirbt. Wie viele in den Wohnungen und wieviel in Krankenhäusern starben, geht nur aus wenigen Berichten hervor, insgesamt fand ich nur 13 Mitteilungen aus beiden Jahren. Von 3236 Todesfällen starben ca. ein Drittel im Krankenhaus oder anderen geschlossenen Anstalten, zwei Drittel dagegen zu Hause; Beobachtungen, die sich auch mit den in der Tab. XVI mitaufgeführten Zahlen für einen ganzen Regierungsbezirk von 1914 bis 1918 decken.

Daß so wenig Todesfälle längere Zeit vor ihrem Ableben den Fürsorgestellen bekannt sind, darunter muß erklärlicherweise auch die Sanierung ihrer Wohnungen leiden. Das ist aber ein großer Mangel in der Tuberkulosebekämpfung, da gerade die Wohnungsverhältnisse der Tuberkulösen absolut unzureichend sind, was ja die Berliner Auszählungen von *Chajes*¹⁾ aus dem Jahre 1918 erneut dargetan haben. Es ist deshalb eine der vornehmsten Pflichten der Fürsorgestellen, für die Wohnungen der Sterbenden und der Offen-Tuberkulösen zu sorgen.

Leider geben über diese ihre Tätigkeit und über den Zustand der Wohnungen der Offen-Tuberkulösen nur 232 Bezirke aus dem Jahre 1920 Auskunft

¹⁾ *Chajes*, Kompendium der sozialen Hygiene. Berlin 1920.

(s. Tab. XVII). Eine Zusammenstellung darüber bringe ich nur mit aller Reserve, da viele Angaben noch recht mangelhaft sind und mir im Vergleich mit den *Chajesschen* Zahlen für Berlin auch viel zu günstig zu sein scheinen. Darnach lebten von 23 117 Offen-Tuberkulösen 15,5% in überfüllten, ca. 12% in zu kleinen und 10% in feuchten Wohnungen. Am schlimmsten liegen, wie es scheint, die Verhältnisse in Sachsen, Schlesien, Ost-Westpreußen, Pommern, Norddeutschland, Schleswig-Holstein und den drei kleinsten Größenklassen. Daß es aber doch gelingt, hier Besserungen zu erzielen, beweist die diesbezügliche Tätigkeit

Tabelle XVI.

Von den an Lungentuberkulose Verstorbenen starben im Krankenhaus:

Fürsorge-Bezirke	Zahl der Todesfälle an Lungentuberkulose	Es starben im Krankenhaus
1. Frankfurt a. M.	598	320=53,6%
2. Stuttgart	591	221=37,4%
3. Düsseldorf	553	232=42 %
4. Halle	251	25=10 %
5. Stettin	397	138=37,4%
6. Mannheim	323	119=36,8%
7. Apolda	36	6=16,6%
8. Obergünzburg	4	3=75 %
9. Weimar	25	12=48 %
10. Bielefeld-L.	110	27=24,5%
11. Mainz-L.	6	1=16,6%
12. Offenbach	194	64=32,9%
13. Bonn	148	66=44,6%
Insgesamt in 13 F.-Bez.	3236	1234=38,13%
Jahrgang	Regierungsbezirk Oppeln	
1914	2050	664=32,4%
1915	2553	756=29,9%
1916	2477	816=32,9%
1917	3123	1168=37,4%
1918	3735	1533=35,4%
1914—1918	13918	4937=35,4%

einzelner Fürsorgestellen. Hingewiesen sei besonders auf Stettin, wo der allergrößte Teil der Offen-Tuberkulösen einwandfrei schon seit Jahren untergebracht ist. Es wird dieses wohl auf die gute Zusammenarbeit der Fürsorgestelle mit dem dortigen Wohnungsamt zurückzuführen sein.

Zuverlässiger und lückenloser ausgefüllt sind die recht interessanten Berichte über die Aufstellung der Betten der Offen-Tuberkulösen. Die Kolonne *a* zeigt, daß 22,9% ein eigenes Schlafzimmer haben, Kolonne *d*, daß 16,6% keine eigenen Betten besitzen. Kolonne *b* und *c*, daß ca. 50% zwar ein eigenes Bett haben, das Schlafzimmer aber mit einer (*b*) oder mehreren Personen (*c*) teilen müssen. Als absolut einwandfrei könnte also (*a* + *b*) ungefähr die Hälfte der Schlafstätten der Offen-Tuberkulösen bezeichnet werden, vorausgesetzt, daß

Ortsname	Einwohnerzahl	Zahl der Offen-Tbk.	1. Aufstellung der Betten In % der Offen-Tbk.				2. Beschaffenheit der Wohnung In % der Wohnungen der Offen-Tbk.				Summa der überfüllten Wohnungen	
			a	b	c	d	Keller-W.	Dach-W.	Feucht	Dunkel		Zu klein
1. Sachsen	40	648 023	22,02	16,90	55,67	18,33	0,66	15,5	15,7	5,7	26,3	40,64
2. Berlin-Brandenburg	15	693 207	30,06	21,11	36,36	9,09	3,3	3,8	13,9	4,9	10,7	17,10
3. Thüringen	34	617 000	30,51	18,23	50,20	4,95	0,24	4,14	7,24	6,7	8,4	11,67
4. Mittel-Deutschland	8	198 020	42,6	33,2	40,8	5,5	0	5,23	4,7	6,54	7,5	8,6
5. Schlesien	23	575 973	12,0	19,8	62,1	4,94	1,24	5,95	38,7	32,4	50,6	39,9
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	24	1 400 434	31,7	22,5	32,05	13,4	1,24	1,44	12,3	11,8	23,9	21,5
7. Nord-Deutschland	12	1 274 081	17,7	34,2	30,05	18,14	1,23	1,12	9,43	3,06	5,15	0,3
8. Schleswig-Holstein	4	89 500	6,18	11,3	34,0	39,1	0	2,06	12,3	9,27	9,3	36,07
9. Westfalen	53	1 583 370	32,17	20,3	21,5	20,6	0,3	6,45	8,66	5,21	18,9	26,8
10. Rheinland	9	219 607	31,5	13,9	11,6	42,9	0,14	3,79	9,7	2,7	7,2	9,84
11. Bayern	3	102 000	6,76	1,83	48,9	42,4	0	0,34	3,09	0,5	2,9	2,2
12. Sud-Deutschland	7	470 168	13,17	21,13	31,1	12,7	0,04	2,8	5,5	3,5	9,5	30,6
I. 0—5 000	24	101 357	27,2	43,8	30,4	12,4	0,37	6,01	18,8	13,9	22,5	15,8
II. 5—15 000	75	769 017	27,95	26,96	30,4	21,30	0,5	6,2	13,85	7,65	21,15	28,3
III. 15—50 000	93	2 739 201	23,8	17,6	39,01	17,45	0,85	6,1	11,7	5,89	14,2	27,1
IV. 50—100 000	24	1 656 059	26,14	13,8	41,3	18,09	0,45	4,32	13,5	11,6	16,5	11,9
V. 100—250 000	8	1 351 600	26,4	18,2	28,7	7,24	0,40	1,04	4,9	4,88	7,07	24,1
VI. 250—500 000	1	268 765	29,9	26,4	33,4	10,2	1,58	1,72	8,5	11,9	26,8	9,12
VII. Über 500 000	1	985 784	16,4	34,5	30,3	18,5	1,30	1,19	8,84	2,4	4,8	—
Insgesamt	232	7 871 783	22,9	24,05	34,76	16,56	0,86	3,52	10,5	6,06	11,9	15,53

Der Offen-Tbk. hat: a = ein eigenes Schlafzimmer; b = ein eigenes Bett in einem Schlafzimmer mit nur 1 Erwachsenen bei getrennter Bettstellung; c = ein eigenes Bett in einem Schlafzimmer mit mehreren Personen zusammen; d = kein eigenes Bett.

sonst den Anforderungen der Hygiene Genüge getan ist, was leider aus den Berichten nicht herausgelesen werden kann. Das Endergebnis auch dieser Wohnungserhebung resp. dieser Schlafzimmer- und Bettengestellungsfrage für Offen-Tuberkulose ist, daß fast jeder zweite Offen-Tuberkulose nicht so untergebracht ist, wie man es eigentlich wünschen möchte. Er muß vielmehr mit mehreren Personen das Schlafzimmer teilen und in einem Drittel dieser Fälle sogar das Bett. Die besseren Ziffern sind hier in Mitteldeutschland, Thüringen, Berlin-Brandenburg und auch wohl in Westfalen zu finden, obgleich hier die Ziffern unter *d* doch noch sehr erheblich sind. Von den Größengruppen sind wieder die kleinste und die Bezirke über 100 000—500 000 Einwohner am besten daran. Besonders günstige Ziffern für die Versorgung ihrer Offen-Tuberkulosen hatten Seidenberg, Soorau, Lengerich und Ibbenbüren, wo jeder Offen-Tuberkulose im eigenen Schlafzimmer untergebracht war. Dasselbe war in Gütersloh, Apolda, Merseburg, Delmenhorst, Potsdam, Bielefeld-Stadt und Stettin in über 70% der Fall¹⁾.

b) Versorgung der Fürsorglinge.

Diese Übelstände können aber nur zum Teil in der Sprechstunde durch den Arzt festgestellt werden, sondern hier ist das Arbeitsfeld der Fürsorgeschwester, die sich durch Besuche von den Zuständen überzeugen muß, unter denen ihre Fürsorglinge zu leben gezwungen sind. Über diese ihre Tätigkeit geben die Besuchszahlen einen gewissen Aufschluß, die hier aus 440 Fürsorgebezirken mit 1054 Schwestern aus dem Jahre 1920 vorlagen.

Es sind 694 056 Besuche gemacht worden oder 357 auf je 10 000 Einwohner. Die meisten in den zwei kleinsten Gruppen und in Thüringen und Westfalen, die auch die von *Bräuning* hierfür aufgestellte Normalzahl erreichen. Er verlangt dabei den 12 maligen Besuch der mit 37,5 anzunehmenden Offen-Tuberkulosen = 450 auf 10 000 Einwohner. Daß diese Normalzahl so häufig nicht erreicht wird, ist sicherlich auf die zu starke Belastung der Schwestern mit zu viel Besuchen zurückzuführen. Je mehr Besuche auf die einzelne Schwester kommen, um so weniger fällt für den einzelnen Fürsorgling ab, infolgedessen auch das Zurückbleiben hinter der Normalzahl, wie man aus der Zusammenstellung in Tab. XVIII besonders bei den verschiedenen Größengruppen sehen kann. Daraus folgt, daß vor allem in den größeren Bezirken, um dort der erforderlichen Besuchszahl nachkommen zu können, mehr Besuchsschwester angestellt werden müssen. Die *Bräuningsche* Idealzahl wird schon jetzt von ca. 25% der Fürsorgstellen erreicht und unter diesen schon von vielen ganz erheblich überboten, so z. B. von 44 Fürsorgstellen, die mehr als 1000 Besuche pro 10 000 Einwohner registrierten. Sehr viele kommen nahe heran, worauf ja die durchschnittliche Besuchsziffer 357 auf 10 000 schließen läßt. Die besten Zahlen haben hier Bladenhorst 6333, Lippspringe 6052, Radeberg i. S. 5059, Massow 4846, Sundern 4545, Dinklage 3461 und Gütersloh 3190. Nur ein kleiner Bruchteil bleibt hier übrig, der einmal wegen Schwesternmangel einfach seiner dies-

¹⁾ Sehr eingehend hat sich die Fürsorgestelle in Bonn mit den Wohnungsverhältnissen ihrer Lungenkranken befaßt; es sei dieserhalb auf die sehr interessante Arbeit „Tuberkulose und Wohnung unter besonderer Berücksichtigung Bonner Verhältnisse“ von *A. Beekmann* in der Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. 36, Heft 1, verwiesen.

bezüglichen Aufgabe nachzukommen nicht in der Lage war oder wo aber doch mehr Besuche hätten gemacht werden können, wie ein Blick auf Tab. XVIII, Spalte Ost-, Westpreußen, Pommern, Schleswig-Holstein und Großengruppe 3 lehrt. In allen 3 Fällen sind die Besuchszahlen pro Schwester am niedrigsten, aber gleichzeitig auch die Zahl der Besuchten pro 10 000 Einwohner, was bei einem Vergleich mit den Zahlen der übrigen Kolonnen besonders deutlich wird. Hier hätten vielleicht noch mehr Besuche gemacht werden können.

Hiermit bin ich zur praktischen Betätigung der Fürsorgestellten resp. zur Versorgung der Fürsorglinge gekommen.

Behandelt wurde in 246 Fürsorgebezirken = 35,4% aller Berichterstatter, mithin hatte also schon ein Drittel aller Fürsorgestellten mit dem Prinzip *Pütters*

Tabelle XVIII.
Schwesternbesuche.
1920.

Länder resp.- Großengruppe	Zahl der F.-Bez.	Zahl der Fürsorge-Schwestern	Zahl der Besuche auf je 10000 Einwohner	Zahl der Besuche pro Schwester
1. Sachsen	56	106	404	778
2. Berlin-Brandenburg .	42	84	375	1671,5
3. Thüringen	43	77	743	711,8
4. Mittel-Deutschland .	19	85	360	379
5. Schlesien	42	66	350	636,5
6. Ost-, Westpreußen, Pommern	33	97	240	392,3
7. Nord-Deutschland .	28	68	303	846
8. Schleswig-Holstein .	9	56	182	147,3
9. Westfalen	128	180	457	542
10. Rheinland	18	54	391	457
11. Bayern	5	34	208	696
12. Süd-Deutschland . .	17	47	213	809
I. 0— 5000	65	90	1026	386,2
II. 5— 15000	125	81	609	422
III. 15— 50000	178	99	368	472
IV. 50— 100000	57	168	267	538,6
V. 100— 250000	17	112	324	849,0
VI. 250— 500000	8	46	438	2500,6
VII. Über 500000	5	81	286	1514
Insgesamt	440	1054	357	658,4

„Keine Behandlung in den Fürsorgestellten“ gebrocherf. Zudem blieb in 35 weiteren Fällen die Frage unentschieden, da eine Beantwortung dieser Frage nicht erfolgt war. Die übrigen 414 lehnten jede Behandlung ab. Diese besteht hauptsächlich in Tuberkulinkuren, die von 50 Fürsorgestellten angewandt wurde, weiter in Form der Einreibungskur nach *Petruschky* in 43 Fürsorgestellten, besonders in Thüringen, dann in Form der Impfungen nach *Ponndorf*, *Pirquet*, *Deyke-Much*, *Rosenbach*, *Friedmann* (13 Fürsorgestellten) und *Piorkowsky* (Chelonin) zusammen in 24 Fürsorgestellten. In 86 Fürsorgestellten, besonders häufig in Westfalen und Sachsen, wurde Licht- und Strahlentherapie betrieben,

in 67, hauptsächlich in Westfalen und Schlesien, wurden Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne und in 5 Stellen solche mit Röntgenlicht durchgeführt. Weiter wird in einigen Fürsorgestellen noch Gelegenheit zu Sonnenbädern (14), Luftbädern (4), Hydrotherapie (2), Seifenkuren (3) und Liegekuren (14) gegeben. Auch regelrechte ärztliche Therapie einmal in Form von chirurgischer Behandlung (1 Fürsorgestelle) und Pneumothoraxanlegung und Nachfüllung (4 Fürsorgestellen) und dann in Form von Besorgung oder Darreichung von Heilmitteln (12 Fürsorgestellen). Den größten Umfang hat hier aber die Verabreichung von Soolbädern angenommen, die in 122 Fürsorgestellen erfolgte, besonders oft in Westfalen und dann in Schlesien, Ost-, Westpreußen, Pommern.

Die Einführung der Behandlung in den Fürsorgestellen hat sich hauptsächlich in den Gruppen der Fürsorgebezirke unter 100 000 Einwohnern durchgesetzt, während die größeren fast durchwegs jede diesbezügliche Behandlung ablehnen.

Zur Durchleuchtung der Patienten stand nur 126 Fürsorgebezirken eine entsprechende Röntgeneinrichtung zur Verfügung, während 536 nicht über dieses eigentlich unentbehrliche diagnostische Hilfsmittel verfügten; bei 33 Fürsorgestellen war keine Beantwortung erfolgt, daher das Vorhandensein eines Röntgenapparates fraglich.

Dagegen wurde in der größeren Mehrzahl aller Fürsorgestellen eine recht befriedigende Ernährungstherapie betrieben. So wurde z. B. insgesamt von 382 Fürsorgestellen Milch ausgegeben, darunter 343 mal allein in 92 731 Fällen, besonders viel kam in Westfalen, Bayern und den kleineren Großengruppen zur Verteilung.

Auch Lebertran gelangte in 259 Fürsorgestellen zur Ausgabe, davon in 225 Fürsorgestellen allein an 15 363 Patienten; hier sind wieder Westfalen, dann Sachsen, Thüringen und die vier kleineren Gruppen am stärksten beteiligt.

Sehr ansehnlich, aber wahrscheinlich noch lange nicht der Wirklichkeit entsprechend sind die weiteren Zahlen über die Verteilung oder Zuweisung von Stärkungsmitteln, Zusatznahrungsmitteln und Krankenkost mit 25 896, 79 697 und 48 835 Einzelempfängern in 303, 290 und 112 Fürsorgestellen. Die größten Ziffern weist hier Berlin-Brandenburg auf und in ziemlich großen Abständen davon folgen Westfalen, Thüringen und Sachsen. Von den Großengruppen sind aber dieses Mal mehr die größeren und die größten beteiligt.

Auch die Wohnungssanierung der Tuberkulösen wurde durch Verteilung von Betten in 221 Fürsorgestellen wesentlich gefördert, indem nämlich insgesamt an 4229 Fürsorglinge Betten zur Ausgabe gelangten, am meisten wieder in Westfalen 1538, dann in Süddeutschland (Frankfurt) und Berlin-Brandenburg. Über die Hälfte (2227 Betten) entfielen davon auf die Großstadtbezirke mit über 250 000 Einwohnern. Bettwäsche kam dagegen nur in 22 Fürsorgestellen zur Ausgabe an bedürftige Fürsorglinge, davon in 18 Fürsorgestellen an 1078 Einzelpersonen; am meisten beteiligt ist Sachsen, dann Süddeutschland und Ost-, Westpreußen, Pommern. Decken und Kleider verteilten 7 resp. 9 Fürsorgestellen. Durch 333 Fürsorgestellen wurden weiterhin 10 854 Wohnungsdesinfektionen veranlaßt und zur Instandsetzung und -haltung der Wohnungen in 31 resp. 27 Fürsorgestellen 664 mal Waschfrauen und 763 mal Reine-

machefrauen zur Verfügung gestellt und außerdem Hauspflegen von 93 Fürsorgestellten an 4697 Pflegefälle gesandt. Schließlich wurden noch zur Bestreitung der Wohnungskosten insgesamt in 115 Fürsorgestellten Mietszuschüsse verausgabte, davon in 107 Fürsorgestellten allein an 2643 bedürftige Fürsorglinge. Die größten Zahlen sind hier durchwegs in Berlin-Brandenburg, Westfalen, Ost-, Westpreußen, Pommern und Bayern zu finden. In 11 Fürsorgestellten wurden auch noch Liegestühle an 224 Patienten verliehen, sodann kamen in 13 Fürsorgestellten an 2328 Fürsorglinge Thermometer und in fast allen Spuckflaschen an Offen-Tuberkulose zur Verteilung, insgesamt an 11 235 Personen. Dagegen wurden nur an 6239 Einzelpersonen in 140 Fürsorgestellten und noch in 60 weiteren Desinfektionsmittel zur Unschädlichmachung des tuberkelbacillenhaltigen Auswurfs abgegeben. Also noch nicht ein Drittel der hier zur Besprechung stehenden Fürsorgestellten stellte Sputumdesinfektionsmittel ihren Tuberkulösen zur Verfügung, was m. E. überaus bedauerlich ist. Es klingt direkt wie ein Hohn auf alle die in den letzten Jahrzehnten aufgewandte, recht mühselige Forschungsarbeit, wenn jetzt, wo es endlich gelungen ist, einwandfreie, in verhältnismäßig kurzer Zeit sicher abtötende Sputumdesinfektionsmittel zu finden, von berufener Seite erklärt wird, wir haben für die Unschädlichmachung der Sputumtuberkelbacillen keine chemischen Desinfektionsmittel nötig. Ihnen scheint vielmehr die Abkochung des Sputums auf dem Küchenherde, das Entleeren des Sputums in Papierservietten oder Zeitungspapierballen und das Ausgießen der Sputumgefäße ins Klosett für die Praxis geeigneter zu sein. Wie *Uhlenhuth*, *Hailer* und *ich*¹⁾ vor kurzer Zeit mehrfach dargelegt haben, ist dieses vom hygienischen Standpunkt aus den anderenorts veröffentlichten Gründen aber nicht ganz unbedenklich. Außerdem erscheint es auch inkonsequent, wenn man einerseits den Tuberkulösen anhält, beim Husten, Niesen und Sprechen wegen des Versprühens der Sputumteilchen recht vorsichtig und rücksichtsvoll gegen seine Mitmenschen zu sein, und andererseits das entleerte Sputum als eine harmlose Flüssigkeit behandelt, die man ohne weiteres in den Ausguß gießen darf. Das wirkt sicherlich nicht erzieherisch auf den Kranken. Wie wir weiter gezeigt haben, stehen einwandfreie Desinfektionsmittel zu diesem Zweck zur Verfügung, von denen sich das Alkalysol in 5 proz. Verdünnung bei 4stündiger Einwirkungszeit wegen seines immerhin recht mäßigen Preises am meisten für die Fürsorgepraxis eignet. Seine Anwendung ist recht einfach, eine entsprechende Gebrauchsanweisung für die Praxis von uns ausgearbeitet und von *Uhlenhuth* vor einiger Zeit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht worden. Das D.Z.K. hat den Vertrieb derselben übernommen. Der Wichtigkeit wegen möchte ich die Gebrauchsanweisung nochmals zum Abdruck bringen.

Anweisung zur Desinfektion tuberkulösen Auswurfs mit alkalischen Kresolpräparaten (Alkalysol, Parmetol).

Von Geh. Reg.-Rat. Prof. Dr. *Uhlenhuth*, Marburg.

1. Die Präparate Alkalysol und Parmetol²⁾ sind für die Desinfektion von Auswurf nicht in konzentrierter Form, sondern in 5 prozentigen Verdünnungen anzuwenden.

¹⁾ *Uhlenhuth*, *Jöten* und *Hailer*, Med. Klinik 1921, Nr. 10; *Uhlenhuth* und *Jöten*. Arch. f. Hyg. 90 und 91. 1922.

²⁾ Alkalysol und Parmetol sind in Originalflaschen von der Firma Schülke und Mayr, Lysolfabrik, Hamburg 39, zu beziehen.

Da durch die unverdünnten Originalpräparate empfindliche Gegenstände und unter Umständen auch die Haut geschädigt werden können, ist bei der Herstellung der Verdünnungen sorgfältig darauf zu achten, daß dabei nichts von den unverdünnten Originalpräparaten verschüttet oder verspritzt wird.

2. Die Herstellung der 5prozentigen Verdünnungen wird zweckmäßig in der Weise vorgenommen, daß jeweils 5 ccm des anzuwendenden Präparates zu je 100 ccm (= $\frac{1}{10}$ Liter) Leitungswasser zugesetzt und darin durch kräftiges Schütteln verteilt werden. Zu 200 ccm (= $\frac{2}{10}$ Liter) Leitungswasser werden dementsprechend zweimal 5 ccm, zu 300 ccm (= $\frac{3}{10}$ Liter) Leitungswasser dreimal 5 ccm usf. des betreffenden Präparates zugegeben.

Das Abmessen der unverdünnten Präparate erfolgt am besten in dem den Originalflaschen beigegebenen Meßgefäß; für das Abmessen des Wassers können zweckmäßig leere Originalflaschen verwendet werden, die mit einer entsprechenden Maßeinteilung versehen sind.

Die angebrochenen Originalflaschen und die Flaschen mit den hergestellten Verdünnungen sind gut verkorkt aufzubewahren. Die 5prozentigen Verdünnungen der Präparate können so längere Zeit (bis zu 4 Wochen) gebrauchsfähig vorrätig gehalten werden.

3. Zur Desinfektion des Auswurfs wird die 5prozentige Verdünnung eines der beiden Präparate:

a) entweder zur nachträglichen Desinfektion zu dem bereits in dem Spuckgefäß aufgefangenen Auswurf in doppelter Menge — also auf einen Raumteil Auswurf zwei Raumteile der 5prozentigen Verdünnung — zugegeben. Das Gefäß bleibt dann mit seinem Inhalt, nachdem auch seine Innenwände durch leichtes Hin- und Herschwenken gut abgespült sind, mindestens noch 4 Stunden stehen,

b) oder als vorherige Zugabe schon in das leere Spuckgefäß vor der Benutzung durch den Kranken in einer Menge eingefüllt, die etwa doppelt so groß ist als die während der Benutzungszeit von dem Kranken erfahrungsgemäß entleerte Auswurfsmenge. Nach der letzten Benutzung muß das gefüllte Gefäß, nachdem durch leichtes Hin- und Herschwenken seine Innenwände gut abgespült sind, mit dem Inhalt ebenfalls mindestens 4 Stunden stehen bleiben.

Taschenspuckflaschen werden zweckmäßig vor ihrer Benutzung zu zwei Dritteln mit einer 5prozentigen Verdünnung eines der beiden Präparate gefüllt. Nach der letzten Benutzung bleiben sie mit Inhalt gleichfalls noch 4 Stunden stehen.

4. Nach mindestens 4stündiger Einwirkung des Desinfektionsmittels kann der Inhalt der Spuckflasche in den Abort entleert werden.

Die Spuckgefäße selbst werden danach zweckmäßig zur Desinfektion ihrer Außenwände nochmals mindestens 2 Stunden in einem bedeckten Behälter (irdener Topf mit Deckel oder dergleichen) in eine 5prozentige Verdünnung eines der beiden Präparate so eingelegt, daß sie von der Flüssigkeit völlig bedeckt sind.

Diese Lösung kann ohne Erneuerung etwa 4 Wochen benutzt werden.

Nach beendeter Desinfektion sind die Spuckgefäße mit Leitungswasser gründlich zu spülen.

5. Die Desinfektion mit Auswurf beschmutzter Wäsche (z. B. Taschentücher) kann ebenfalls durch Einlegen in eine 5proz. Verdünnung eines der beiden Präparate erfolgen. Die Wäsche muß von der Flüssigkeit vollständig bedeckt sein und 4 Stunden in ihr belassen werden.

6. In Heilstätten und Krankenhäusern, wo viele Spuckgefäße in möglichst kurzer Zeit zu desinfizieren sind, kann für die nachträgliche Desinfektion des Auswurfs (vergleiche Ziffer 3a) die Zeitdauer der Desinfektion von 4 auf 2 Stunden verkürzt werden, wenn die 5proz. Verdünnung der Präparate, auf 80° C erwärmt, dem Auswurf in dem unter Ziffer 3a angegebenen Verhältnis zugesetzt wird. Unmittelbar nach dem Zusatz der 80° C warmen 5proz. Verdünnung sind die Innenwände der Spuckgefäße durch leichtes Hin- und Herschwenken sorgfältig abzuspülen.

Da auf diese Weise eine einwandfreie Sputumdesinfektion im Hause des Tuberkulösen leicht vorgenommen werden kann, so ist es m. E. Pflicht der Fürsorgestellen, der breiten Anwendung der sicher wirksamen chemischen

Desinfektionsmittel bei ihren Fürsorgepatienten mehr Förderung zuteil werden zu lassen.

Gleichfalls unzureichend ist auch die Zuweisung von Mietszuschüssen, da von 115 Fürsorgestellten nur 123 026,13 Mark zur Verfügung gestellt wurden. Hier wird aber in der Folgezeit auch wohl kaum eine Wendung zum Bessern zu erhoffen sein, da bekanntlich allenthalben die Wohnungsverhältnisse sehr im Argen liegen und einfach wegen Geld- und Wohnungsmangels eine Änderung zu dem Unmöglichen gehört. Es sollte aber trotzdem durch engere Fühlungnahme mit den Wohnungspflegeämtern eine Besserung erstrebt werden, dann wird selbst beim Fehlen des Geldes manchmal doch noch eine Besserung der Wohnungsverhältnisse für die Tuberkulösen durchzusetzen sein.

Was sonst noch für die Fürsorglinge geschah, bringen Berichte aus 201 für 1919 und 505 Fürsorgebezirken für 1920 (s. Tab. XIX). Im Jahre 1920 wurden annähernd 30 000 Personen = $\frac{1}{20}$ aller Besucher mit ärztlicher Behandlung versorgt, was besonders oft in Thüringen, Westfalen und Sachsen, vor allem in den drei kleineren Größengruppen geschah. Die ärztliche Behandlung konnte hier sogar bei $\frac{1}{10}$ bis $\frac{1}{4}$ der Besucher oder bei 20—51 pro je 10 000 Einwohner durchgeführt werden. Im Jahre 1919 waren die Ziffern noch durchwegs geringer. In den Fürsorgestellten Borstendorf, Wermisdorf und Leipzig-Land in Sachsen, Lebbin i. P., Bladenhorst, Engersloh, Riemke und Hordel i. W. und Messingwerk i. Br. war allen Patienten ärztliche Behandlung versorgt worden und außerdem noch mehr als 100 Patienten auf je 10 000 Einwohner in den Fürsorgestellten Pulsnitz, Glasbütte i. S., Friedrichroda, Milla, Ruhla i. Th., Dinklage und Delmenhorst in Norddeutschland, Weißstein i. Schl., Guben in Brandenburg, Südlohn, Harpen, Hordel und Herford-Stadt i. W.

Tabelle XIX.

Überweisungen der Fürsorglinge in den Berichtsjahren 1919 und 1920.

Berichts- jahr	Zahl der F.-Bez.	Zahl der Einwohner	a) ärztliche Behandlung	b) Heilstätte	c) Kranken- haus	d) In- validenheim	e) Genesungs- heim	f) Erholungs- stätte	g) Seebäder	h) Solbäder	i) Ferien- kolonien	k) Landpflege	l) anderweitig
1919	201	12 146 891	4922	8501	2177	427	1760	8013	758	3147	2862	2153	6047
	in % der Besucher		1,32	2,28	0,5	0,11	0,47	2,2	0,2	0,8	0,77	0,58	1,6
	auf je 10 000 Einw.		4,05	7	1,7	0,3	1,4	6,6	0,7	2,6	2,3	1,7	4,9
1920	505	21 592 573	28 942	17 441	5254	242	2714	10 504	2412	16 933	4116	3418	3581
	in % der Besucher		5,27	3,17	0,95	0,04	0,49	1,9	0,43	3,1	0,75	0,62	0,65
	auf je 10 000 Einw.		13,4	8	2,4	0,11	1,2	4,8	1,1	7	2	1,5	1,6

Für 17 441 Kranke wurde 1920 und für 8501 1919 ein Heilstättenantrag gestellt. Wenn viele von diesen Anträgen infolge Platzmangels auch nicht zur Durchführung kamen, so kann man doch wohl annehmen, daß beim Belegen der im Jahre 1920 im ganzen Deutschen Reiche zur Verfügung stehenden 17 584 Heilstättenbetten für Erwachsene und 14 000 Betten für Kinder die Fürsorgestellten schon ganz erheblich beteiligt waren. Bessere Resultate würden sicher noch zu erzielen sein, wenn, wie schon früher geschildert, die Fürsorgestellten

die Zentralen für das Belegen der Heilstättenbetten würden. Am besten haben hier wieder Westfalen, Thüringen und Sachsen und außerdem Norddeutschland und Rheinland für ihre Kranken gesorgt und zwar in den kleinsten Bezirken und weiter noch in denen mit 100 000—500 000 Einwohnern. Für mehr als 30 auf je 10 000 Einwohner waren Anträge gestellt worden in Pulsnitz (31), Blankenburg (38), Wildershausen (30), Bladenhorst (73), Lichtentanne (38), Messingwerk (32), Riemke (31), Neheim (100), Wiedenbrück (46), Harpen (50), Gütersloh (52), Gerthe (36), Herford-Stadt (38), Neuß (68), Kreuznach (149), Schöneberg (54), Stettin (36), Charlottenburg (98), Königsberg (68), Bremen (141), Dortmund (54) und Frankfurt a. M. (274).

Auch die Zahl 5254 resp. 2177 der Krankenhaus- und der 242 resp. 427 Invalidenheimüberweisungen, die beide hauptsächlich für die Entfernung und Asylierung der gefährlichen Bacillenstreuer in den Endstadien in Frage kommen müssen, ist nicht ganz klein, zumal gerade die Unterbringung derartiger Tuberkulöser in Krankenhäusern ziemlich schwierig ist und nur sehr wenig Spezialkrankenhäuser bis jetzt existieren. Am meisten waren hier wieder Westfalen, Thüringen und Norddeutschland beteiligt. Die besten Zahlen fanden sich wiederum in den zwei kleinsten Bezirken und dann in den mit 250 000—500 000 Einwohnern und in folgenden einzelnen Fürsorgestellen, die mehr als 30 auf je 10 000 Einwohner im Jahre 1920 derartig untergebracht haben: Borstendorf (40), Wildershausen (63), Leitung (42), Nodhemb (60), Engersloh (55), Hersenwinkel (32), Südlohn (71), Ruhla (48), Dinklage (83), Riemke (38), Bremen (80), Dortmund (95) und Frankfurt.

Demgegenüber stellen aber alle Überweisungsziffern nur kleine unwesentliche Bruchteile der Fürsorglinge dar, was besonders deutlich wird bei der Umrechnung auf je 10 000 Einwohner, mit Ausnahme der ca. 17 000 Soolbäder und 10 504 Erholungsstättenbesorgung im Jahre 1920, zumal von den letzteren 1920 erst ca. 150 Anstalten existierten. Auch hier sind wieder Westfalen, Thüringen, Rheinland und Sachsen unter den Bezirken mit den größten Beteiligungsziffern. Über 50 pro 10 000 Einwohnern wurden Soolbäder beschafft in Hermsdorf (160), Milla (209), Dinklage (380), Riemke (179), Hordel (1680), Wiedenbrück (105), Gütersloh (162), Harpen (80), Gerthe (82), Heppenheim (59), Greifswald (64), Lüdenscheid (66), Herford-Stadt (54), Bielefeld-Stadt (81), Leipzig-Land (52), Bochum-Stadt (52) und Dortmund (71). Die günstigsten Zahlen bezüglich der Erholungsstätten waren in Bladenhorst (106), Riemke (63), Hordel (90), Dramburg (50), Lüdenscheid (68), besonders aber in Chemnitz (662), Charlottenburg (446), Königsberg (76) und Dortmund (137). In diesen Zahlen fehlen aber sicherlich wohl fast alle die vielen tuberkulosebedrohten und unterernährten Kinder, die dank dem Entgegenkommen des neutralen Auslandes monatelang in die Schweiz, Holland, Norwegen, Schweden, Dänemark und Finnland verschickt werden konnten. Die Versorgung dürfte also noch erheblich größer sein, als dieses in den eben mitgeteilten Zahlen zum Ausdruck kommt, ebenso wie bei den Zuteilungsziffern von Milch, Lebertran und sonstigen Lebensmitteln, die dank der Unterstützung der Deutsch-Amerikaner und namentlich der Quäkervereinigung vielen blutarmen und skrofulösen Kindern zugute gekommen sind.

Schließlich gehört noch zur Versorgung der Tuberkulösen die Arbeitsvermittlung, der von den allermeisten Fürsorgestellten aber noch viel zu wenig Beachtung geschenkt wird. Fand ich doch nur in Berichten von 5 thüringischen Fürsorgestellten für das Jahr 1919 dahingehende genaue zahlenmäßige Angaben. Es hatten die Stellen in Gera 4 Fürsorglingen, Altenburg 2 Fürsorglingen, in Eisenach, Koburg und Zeulenroda je 1 Fürsorgling Arbeit vermittelt. Weiter ging nur aus einigen anderen Berichten, z. B. von Charlottenburg, Stettin, Dresden, Leipzig, Chemnitz, Halle und Dortmund hervor, daß sie diesem Problem besondere Beachtung zuteil werden ließen. Diese Feststellung ist um so bedauerlicher, als doch schon seit vielen Jahren auf die Arbeitsvermittlung von vielen Fachleuten, besonders von *Pütter*¹⁾, *Beschorner*²⁾, *Gottstein*³⁾, *Kayserling*⁴⁾, *Braeuning*⁵⁾ und *Belin*⁶⁾ hingewiesen und dieses Thema bereits in den Jahren 1899, 1910, 1914 und 1917 besonders für die aus den Heilstätten Entlassenen Gegenstand der Verhandlungen des D. Z. K. gewesen ist.

Die Arbeitsvermittlung kommt in Frage bei solchen Fürsorglingen, die

1. zwar voll arbeitsfähig sind, durch ihre Arbeit aber zur Ausbreitung der Tuberkulose beitragen können, indem sie einmal das Publikum gefährden, das sich ihrer bedient, und zweitens ihrer Mitarbeiter der Infektionsgefahr aussetzen;

2. erwerbsbeschränkt sind und den Anforderungen ihres Berufes nicht mehr vollauf nachkommen können;

3. aus Heilstätten entlassen werden, und schließlich

4. solche, die erwerbsunfähig werden.

Diese letzteren kommen streng genommen für die Arbeitsvermittlung nicht mehr in Frage, sondern sie sind wohl größtenteils Invalidenheimen oder Krankenhäusern resp. Spezialkrankenhäusern zu überweisen.

Viel schwieriger ist es aber, für die anderen Kategorien geeignete Arbeit zu verschaffen, da oft ein Berufswechsel vorgenommen werden muß, die Arbeitgeber wenig Neigung zeigen, Lungenkranke zu beschäftigen und die Erwerbsbeschränkten häufig hohe Lohnforderungen stellen, eine Spezialbeschäftigung wünschen und sich schließlich nachher selbst eine andere, manchmal ihnen nicht zuträgliche Beschäftigung besorgen.

Bei der 1. Kategorie wird man, solange eine gesetzliche Regelung noch aussteht, am besten wohl in der Weise vorgehen, wie sie *Braeuning* im Geschäftsbericht 1920 für Stettin vorschlägt. Er findet es im höchsten Grade unzweckmäßig, diese Kranken arbeiten zu lassen, während viele gesunde Leute täglich Arbeitslosenunterstützung bekommen und doppelt so viele Erwerbslose Arbeit suchen. Er schlägt vor, diese Kranken aus ihrer Arbeitsstätte zu entfernen, ihnen Arbeitslosenunterstützung zu geben, außerdem eine Krankenrente und,

1) *Pütter*, Verhandl. des D. Z. K. 16. V. 1903.

2) *Beschorner*, Verhandl. des D. Z. K. 5. VI. 1914, 23. V. 1917, Ausschlußverhandl. des D. Z. K. 10. V. 1910.

3) *Gottstein*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1915, Nr. 6.

4) *Kayserling*, Tuberkulosis 6, 331; Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 1.

5) *Braeuning*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 3; Zeitschr. f. Tuberkul. 28, Heft 1.

6) *Belin*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 3; Tuberkulosis 15, Nr. 9.

wenn diese Mittel nicht zu einer gesundheitlichen Lebensführung für sie und ihre Familie genügen, noch eine Unterstützung aus der öffentlichen Gesundheitspflege, bis sie eine einwandfreie Beschäftigung gefunden haben.

Bei der 2. Kategorie dürfte eine innige Zusammenarbeit der Fürsorgestellen mit Arbeitsämtern, allgemeinen Arbeitsnachweisen mit besonderen Abteilungen für Erwerbsbeschränkte (Lungenkranke inkl.) empfehlenswert sein, wie jahrelange schon ganz zufriedenstellende Erfahrungen in Berlin, Charlottenburg¹⁾, Chemnitz²⁾, Straßburg³⁾ usw. bewiesen haben. Im Zusammenhang damit müßten dann besondere Arbeitsmöglichkeiten für erwerbsbeschränkte Tuberkulöse der Fürsorgestelle von den Kommunen usw. ins Leben gerufen werden, wie dieses bereits in Charlottenburg, Dresden, Halberstadt⁴⁾ und anderen Orten geschehen ist.

Für die die aus Heilstätten Entlassenen umfassende 3. Kategorie dürfte am zweckmäßigsten die in Dresden⁵⁾ seit langem gebräuchliche Methode sein, die darin besteht, daß schon vor Antritt einer Heilstättenkur durch den Arbeitsgeber die Wiederaufnahmemöglichkeit der alten Arbeit nach Beendigung der Kur schriftlich zugesichert wird. Sobald eine Unterbringung in eine Lungenheilstätte bei der Landesversicherungsanstalt beantragt ist, wird der betreffende Fürsorgling auf dem beigegebenen Vordruck aufgefordert, sich vor der Kur eine schriftliche Zustimmung seines Arbeitsherrn geben zu lassen.

Fürsorgestelle für Lungenkranke
Dresden-N., Kaiser-Wilhelm-Platz 1
Sprechstunden: Dienstag 5—7, Freitag 11—1 Uhr

Mitteilung
an

Dresden, den 191 ...

Wie dem Unterzeichneten von der Landesversicherungs-Anstalt mitgeteilt wird, ist für Sie die Unterbringung in eine Lungenheilstätte beantragt worden, deren Genehmigung allerdings zurzeit noch aussteht. Die auf der Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke Dresden-Neustadt gesammelten Erfahrungen haben gelehrt, daß Lungenkranke durch die Unterbringung in eine Heilstätte ihre Stellung häufig verlieren und nach beendeter Kur nur sehr schwer wieder Arbeit finden können. Da durch diese oft Monate andauernde Arbeitslosigkeit, und die häufig durch sie bedingte Notlage, der Erfolg der Heilstättenkur stark beeinträchtigt, ja sogar vollständig aufgehoben wird, so macht Sie der Unterzeichnete darauf aufmerksam, daß Sie sich bereits

vor der Kur die — möglichst schriftlich zu gebende — Gewißheit verschaffen, daß Sie nach Entlassung aus der Heilstätte in Ihr jetziges Arbeitsverhältnis wieder eintreten können, resp. daß Sie von Ihrem bisherigen Arbeitgeber wieder anderweitige Stellung erhalten.

Unterzeichneter ersucht Sie, ihm

1. den *vor Antritt der Kur* von dem Ergebnis Ihres in höflicher Form an Ihren Arbeitgeber zu richtenden Gesuches persönlich unter Vorlegung des Antwortschreibens Ihres Arbeitgebers Kenntnis zu geben und ihm

¹⁾ Siehe *Becker*, Verhandl. des D. Z. K. 5. VI. 1914.

²⁾ Siehe *Oertel*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1915, Nr. 15. — Siehe *Feder*, Mitt. des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung 1918, Nr. 6.

³⁾ Mitt. des elsäß-lothringischen Landesvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose 1918, Heft 2.

⁴⁾ Siehe *Weißborn*, Verhandl. des D. Z. K. 5. VI. 1914.

⁵⁾ Siehe bei *Beschorner* und Jahresber. der Dresdner Fürsorgestellen 1911—1918.

2. nach beendeter Kur mitzuteilen, ob und wann Sie wieder Beschäftigung erlangt haben.

Sollten Sie noch irgendeine nähere Auskunft wünschen (z. B. wegen Abfassung des Gesuches), so erhalten Sie dieselbe auf der Fürsorgestelle Dresden-Neustadt zu den oben angegebenen Sprechstundenzeiten.

Dr. med. H. Beschorner,
Arzt der Fürsorgestelle für Lungenkranke Dresden-Neustadt.

Dieses Schreiben ist auf der Fürsorgestelle Dresden-Neustadt dem Fürsorgestelltenarzte persönlich als Ausweis vorzuzeigen.

Tabelle XX.

	1912	1918	1914	1915	1916	1917	1918	Insgesamt
1. Der Arbeitgeber erklärt sich ohne weiteres bereit, den Kranken nach Rückkehr aus der Heilstätte wieder in Arbeit zu nehmen	60	56	9	29	21	26	40	241
2. Der Arbeitgeber will keine Bescheinigung ausstellen	2	1	0	4	4	1	6	18
3. Der Arbeitgeber verpflichtet sich nicht, da er nicht weiß, ob er Arbeit hat	0	0	3	1	3	1	2	10
4. Der Kranke hält schriftliche Bescheinigung nicht für nötig	0	3	5	1	2	5	21	37
5. Der Kranke will es darauf ankommen lassen	0	2	1	0	0	3	0	6
6. Der Kranke hat keine Lust, die alte Arbeit wieder aufzunehmen	0	2	1	2	0	1	9	15
7. Der Kranke hat militärisches Arbeitskommando	0	0	0	0	2	1		3
8. Der Kranke ist Beamter im städtischen Betriebe	0	5	0	0	0	2	2	9
9. Der Kranke hat seine Stellung bereits vorher aufgegeben	11	5	6	10	8	3	6	49
10. Der Kranke war selbständig oder verheiratete Frau	0	2	3	8	9	0	1	23
11. Der Kranke war Saisonarbeiter	0	6	3	1	0	0	0	10
12. Stellung bleibt durch Verschiebung der Heilstättenkur auf den Winter erhalten	0	0	1	0	3	0	0	4
13. Der Kranke will bei den Eltern bleiben	0	1	1	2	5	0	0	9
14. Der Kranke war ohne jedes Interesse	14	4	0	0	0	0	0	18
Im Ganzen wurden Versuche zur Arbeitsvermittlung gemacht	87	87	33	58	55	44	88	452

Wie die Tabelle zeigt, ist es auf diesem Wege den Auskunfts- und Fürsorgestellen in Dresden gelungen, in den Jahren 1912—1918 (die Zahlen für 1919—1920 waren mir leider nicht zugänglich) in 53,3% aller zur Versendung kommenden Heilstättenpatienten die Arbeit zu sichern und nur in 6,1% wurde die Zusicherung ausdrücklich verweigert. Für die übrigen Patienten war entweder die Arbeitswiederaufnahme sowieso schon gesichert resp. anderweitig geordnet (10,8%), oder die Arbeit war nur vorübergehender Natur resp. schon vor dem Heilstättenantrag (13,0%) aufgegeben, oder der Fürsorgling (16,8%) hatte gar kein Interesse an der vorherigen Regelung.

Für diese erfolglosen Fälle wird man ebenso wie an den Orten, wo keine derartigen Abkommen mit den Arbeitsgebern zu erzielen sind, wieder auf die Zusammenarbeit mit Arbeitsnachweisen, besonders aber mit solchen für erwerbsbeschränkte Personen angewiesen sein, am besten im Einvernehmen mit den

Heilstättenärzten und vor allem mit den Landesversicherungsanstalten, da es sich ja hier meist um die Versorgung versicherter Personen handeln wird. Gerade die Landesversicherungsanstalten haben sich schon seit längerer Zeit gemeinsam mit den Arbeitsnachweisen der aus Heilstätten entlassenen Versicherten angenommen, wie die Mitteilungen *Bernhards*¹⁾ und des Reichsversicherungsamtes²⁾ erkennen lassen. Sache der Fürsorgestelle wird es aber noch sein, die Arbeitsgeber nach Einstellung von Tuberkulösen ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß der Kranke nach der Kur noch einiger Schonung bedarf, wenn man es überhaupt nicht vorzieht, dort, wo es, wie in Halberstadt oder in Oldenburg [*Sannum*³⁾] möglich ist, die Heilstättenentlassenen zunächst einige Zeit lang mit leichter Arbeit zu beschäftigen.

Wenn man in dieser hier kurz skizzierten Weise vorgeht, wird es den Fürsorgestellen vielleicht gelingen, für einen großen Teil ihrer arbeitsfähigen Tuberkulösen passende Arbeit zu beschaffen. Sie müssen sich aber von vornherein klar sein, daß es, wie *Kayserling*⁴⁾ mit Recht betont, leichter ist, 100 Kranke in Heilstätten unterzubringen, als einen einzigen in die für ihn zweckentsprechende Arbeitsart überzuführen.

d) *Finanzierung der Fürsorgestellen.*

Zur Durchführung aller dieser Maßnahmen, die zur Verbesserung der Lage unserer Tuberkulösen führen sollen, gehört aber viel Geld, und wie es in dieser Hinsicht für 1919 und 1920 ausgesehen hat, möchte ich jetzt kurz beleuchten.

Im Jahre 1919 standen 148 Fürsorgestellen mit über 9 Millionen Einwohnern annähernd 300 000 Besuchern, 300 Ärzten und 315 Schwestern, 2,76 Millionen Mark zur Verfügung, im Jahre 1920 334 Fürsorgebezirken mit über 16 Millionen Einwohnern, 420 000 Besuchern, 656 Ärzten und 811 Schwestern 12¹/₂ Millionen Mark. Das sind 1919 30 Pfennige und 1920 78 Pf. pro Kopf der Bevölkerung oder 1919 9,80 M. und 1920 29,90 M. pro Kopf der Besucher. Ausgegeben wurden aber von denselben Bezirken 1919 über 3 Millionen Mark und 1920 13¹/₂ Millionen Mark, die Fürsorgestellen hatten also mithin 1919 mit einem Fehlbetrag von über 300 000 M. und 1920 gar mit einem solchen von annähernd 1 Million Mark zu arbeiten.

Die meisten Einnahmen sowohl pro Kopf der Einwohner wie der Besucher hatten Thüringen, Westfalen, Sachsen und Berlin-Brandenburg und außerdem Rheinland im Jahre 1920 (s. Tab. XXII). Die *Bräuningsche* Normalzahl (berechnet nach den Stettiner Erfahrungen) von 1,26 M. pro Kopf der Bevölkerung und Jahr wird aber in beiden Jahren von keiner dieser Ländergruppen erreicht, sondern nur 1920 von der kleinsten Größenklasse und fast erreicht von der Großstadtklasse mit 250 000—500 000 Einwohnern, nahe heran kamen ferner noch die größte und die 2. Gruppe. Werden aber zum Vergleich die Ausgabehzahlen, berechnet auf den Kopf der Bevölkerung und der Besucher, herange-

¹⁾ *Bernhard*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 1.

²⁾ Siehe Arbeitsvermittlung für aus Heilstätten entlassene Versicherte. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 1.

³⁾ *Sannum*, siehe *Düttmann*, Verhandl. des D. Z. K. 5. VI. 1914.

⁴⁾ *Kayserling*, Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1916, Nr. 1.

zogen, so sieht man, daß die überwiegend größere Mehrzahl der Fürsorgestellten mit ihren Einnahmen nicht ausgekommen ist. Nur die schlesischen, bayerischen und die über 500 000 haben in beiden Jahren ihre Etats nicht überschritten, was außerdem 1920 noch bei der mitteldeutschen, ost-, westpreußischen, pommerschen und norddeutschen Gruppe der Fall war.

Ist somit im allgemeinen im Jahre 1920 eine gewisse Besserung der Finanzierung der Fürsorgestellten zu erkennen, so ist aber doch die Steigerung der Einnahmen von 30 auf 78 Pfennige pro Kopf der Einwohner nicht eine derartige, wie sie der damals einsetzenden und fortschreitenden Geldentwertung entsprach.

Wie *Hesse* in dem Geschäftsbericht des D.Z.K. für 1921 berichtet, hatten aber schon 99 einzelne Fürsorgestellten einen Etat, der der Stettiner Normalzahl entsprach, außer diesen noch nach meinen Erhebungen weitere 7 Fürsorgestellten, und zwar in Sachsen Leuben (12,02 höchste Einnahmezif-

Tabelle XXI.
Einnahmen nebst Quellenangabe und Ausgaben nebst Verwendungsart 1919/1920.

Betriebsjahr	Zahl der F.-Bez.	Zahl der Einwohner	Zahl der Beschäftigten	Zahl der Ärzte	Zahl der Schwest.	a) vom Staat		b) Gemeinde — Stadt — Kreis		c) L. V. A.	d) Kassen	e) Mitgliederbeiträge	f) Stiftungen	g) Sonstiges	Zusammen
						Heilmittel	Stärkungsmittel	Heilmittel	Stärkungsmittel						
1919	148	9 254 592	284 174	300	315	103 817,49	800 950,14	206 751,28	175 547,58	311 821,26	73 552,25	542 555,72	2 761 006,52		
In % der Gesamteinnahm.						3,7 %	29,02 %	7,4 %	6,3 %	11,3 %	2,6 %	19,72 %			
1920	334	16 054 686	419 374	656	811	637 675,28	4 481 753,74	3 665 911,65	1 014 356,31	475 874,77	1 071 811,80	2 395 366,31	112 523 256,49		
In % der Gesamteinnahm.						5,1 %	35,7 %	18,8 %	8,09 %	8,55 %	3,8 %	19,1 %			

Ausgaben nebst Verwendungsart.

Betriebsjahr	Zahl der F.-Bez.	Zahl der Einwohner	Zahl der Beschäftigten	Zahl der Ärzte	Zahl der Schwest.	Für Heilmittel		Für Stärkungsmittel		Für Pflegemittel		Für Desinfektionsmittel		Für Wohnbeihilfen	Für sonstige Ausgaben	Insgesamt ausgegeben
						Heilmittel	Stärkungsmittel	Stärkungsmittel	Pflegemittel	Pflegemittel	Desinfektionsmittel					
1919	148	9 254 592	284 174	300	315	17 134,11	197 055,81	172 244,04	21 424,24	57 627,87	257 699,47	3 063 184,95				
In % der Gesamteinnahm.						0,56 %	6,7 %	5,5 %	0,7 %	1,85 %	8,4 %	100 %				
1920	334	16 054 686	419 374	656	811	110 952,08	1 092 622,99	251 484,73	144 925,83	123 026,13	2 146 266,39	13 489 749,15				
In % der Gesamteinnahm.						0,8 %	8 %	1,8 %	1,07 %	0,9 %	15,9 %	100 %				

Tabelle XXII.
Einnahmen und Ausgaben pro Kopf der Einwohner und der Besucher.
 Berichtsjahre 1919/1920.

Länder- oder Größengruppe	1919						1920					
	Zahl der F.-Bez.	Einwohner- zahl	Einnahmen auf den Kopf		Ausgaben auf den Kopf		Zahl der F.-Bez.	Einwohner- zahl	Einnahmen auf den Kopf		Ausgaben auf den Kopf	
			Mark	der Be- sucher	Mark	der Be- sucher			Mark	der Be- sucher	Mark	der Be- sucher
1. Sachsen	20	1 884 261	0,48	18,40	0,49	18,76	63	2 001 840	0,54	41,77	0,69	53,52
2. Berlin-Brandenburg	6	493 565	0,65	12,99	0,67	13,45	17	2 779 679	1,14	35,79	1,17	36,57
3. Thüringen	30	610 321	0,45	33,78	0,56	41,84	43	736 658	1,09	37,85	1,11	38,14
4. Mittel-Deutschland	2	50 000	0,11	16,35	0,11	16,39	15	509 073	0,80	69,00	0,71	61,32
5. Schlesien	19	606 580	0,20	9,81	0,19	9,50	35	1 018 963	0,39	22,19	0,37	21,49
6. Ost-, West-Preußen, Pommern	4	470 070	0,22	4,56	0,22	4,70	28	1 392 099	0,71	20,06	0,59	16,52
7. Nord-Deutschland	4	1 441 517	0,14	5,10	0,13	5,12	13	1 649 765	0,45	13,31	0,42	12,22
8. Schleswig-Holstein	0	—	—	—	—	—	6	330 826	0,28	52,44	0,54	100,46
9. Westfalen	5	439 524	0,50	2,88	0,52	2,98	81	2 615 497	0,93	46,58	1,07	53,59
10. Rheinland	8	166 210	0,32	16,06	0,49	25,30	16	702 381	1,11	90,26	1,66	131,51
11. Bayern	46	2 280 444	0,17	13,87	0,14	11,84	5	1 132 160	0,63	11,93	0,60	11,36
12. Süd-Deutschland	4	832 000	0,43	17,93	0,46	19,19	12	1 185 745	0,70	28,36	0,79	31,99
I. 0—5 000	10	38 025	0,89	48,34	1,50	56,57	49	167 526	1,36	67,73	1,55	77,57
II. 5—15 000	37	339 204	0,50	36,46	0,48	34,52	90	878 483	1,17	68,99	1,30	76,18
III. 15—50 000	71	2 049 796	0,19	20,45	0,27	23,29	135	4 111 691	0,60	36,30	0,73	43,92
IV. 50—100 000	15	1 142 899	0,14	12,14	0,18	15,72	36	2 614 838	0,53	33,52	0,73	45,18
V. 100—250 000	5	863 000	0,21	5,16	0,25	5,85	13	2 001 800	0,69	24,78	0,71	25,21
VI. 250—500 000	6	1 977 213	0,62	9,29	0,75	11,11	6	2 004 464	1,24	29,54	1,14	27,08
VII. Über 500 000	4	2 864 355	0,16	6,70	0,14	5,69	5	3 275 784	1,05	23,13	1,05	23,09
Insgesamt	148	9 254 592	0,30	9,80	0,33	10,07	334	16 054 686	0,78	29,90	0,84	32,16

fer!) und Glashütte (2,34), in Berlin-Brandenburg Charlottenburg (1,52), in Norddeutschland Delmenhorst (1,43), in Westfalen Bladenhorst (10,82!) und Dortmund (1,38) und in Süddeutschland Frankfurt a. M. mit 1,31 auf 10 000 Einwohner.

Mehr als 200 M. pro Kopf der Besucher hatten Schlettau (541,6), Pobershau, Leuben (592,4), Hermsdorf (546,5), Bladenhorst, Zella-Mehlis, Meuselwitz, Lyck-Stadt, Hohenlimburg, Sundern, Wehlau, Recklinghausen (703,44!), Buer und weitere 24 Fürsorgestellen mehr als 100 M. für jeden einzelnen ihrer Besucher zur Verfügung.

Diesen recht günstigen Einzelergebnissen stehen aber wieder reichliche Feststellungen gegenüber, wo noch nicht einmal 10 M. pro Kopf der Besucher für das ganze Jahr vorhanden waren, und es gab 1920 nach *Hesses* Erhebungen unter 805 Fürsorgestellen allein 317, die noch nicht einmal 50 Pf. Einnahmen pro Kopf der Einwohner gehabt hatten. Hier muß aber dringend Abänderung geschaffen werden, zumal man bei der Durchsicht der Fürsorgestellennamen, der Länder- und Größengruppen mit den besseren Etats fast alle die wiederfindet, die im Laufe der Beurteilung der Fürsorgetätigkeit beinahe immer unter den bestgenannten auftauchten. Es ist also auch im ganzen Deutschen Reiche die Beobachtung zu machen, wie sie *Bräuning*¹⁾ für die pommerschen und ich²⁾ für die sächsischen Fürsorgestellen des Jahres 1920 fanden, daß nämlich eine gewisse Parallelität zwischen Arbeitserfolg und guter Finanzierung zu konstatieren ist.

Wie ist aber nun den schlechter gestellten Fürsorgestellen zu mehr Geldmitteln zu verhelfen? Das kann einmal durch Vermehrung der bisherigen Einnahmen und Erschließung neuer Hilfsquellen erreicht werden, die bisher zu wenig gaben, aber hierzu herangezogen werden müßten. Wo dieses nicht möglich ist, könnte dann an eine geeignetere Ausnutzung resp. andere Verwendung der zur Verfügung stehenden Gelder gedacht werden. Wer an der Aufbringung der gesamten Einnahmen in den Jahren 1919 und 1920 beteiligt war, zeigt die Tab. XXI. Wie man daraus ersieht, haben in beiden Berichtsjahren die Städte, Gemeinden und Kreise mit ca. 30—35% den größten Beitrag geliefert, demnächst Stiftungen und Mitgliedsbeiträge, also freiwillige Zuwendungen der privaten Wohltätigkeit vor allem im Jahre 1919, dann die Landesversicherungsanstalten, die mit 18,8% besonders 1920 ganz erheblich beteiligt waren, viel weniger die Krankenkassen mit 8,3 resp. 8,1%. Am geringsten flossen aber die Beiträge des Staates. Einen großen Prozentsatz machen auch noch die unter „Sonstiges“ gebuchten, nicht näher feststellbaren Beträge aus, in denen wahrscheinlich die Beihilfen des D.Z.K. enthalten sind.

Besonders reichlich waren die Stadt-, Gemeinde-, Kreisbeihilfen (s. Tab. XXII) im Jahre 1920 in Sachsen, Schleswig-Holstein, Westfalen, Rheinland und Bayern, die Staatsbeihilfen in Norddeutschland (Hamburg), während von den Landesversicherungsanstalten in Berlin-Brandenburg, Thüringen, Schlesien, Schleswig-Holstein und Bayern höhere Prozentsätze zur Verfügung gestellt

¹⁾ *Bräuning*, Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Pommern. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1922, Nr. 1.

²⁾ *Jötten*, Die Tätigkeit der Lungenfürsorgestellen Sachsens im Berichtsjahr 1920. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1922, Nr. 11/12.

wurden; namhaftere Summen zahlten die Kassen in Sachsen, Thüringen, Mitteldeutschland und Westfalen.

Es fragt sich nun, ob die beiden letzteren Faktoren nicht in allen Gruppen, vor allem dort, wo das bis jetzt noch nicht genügend der Fall ist, in gleichmäßiger erreichbarer Höhe herangezogen werden könnten. Dieses wird aber jetzt sehr schwer sein, denn das hängt doch zu sehr von der wirtschaftlichen Lage ab, in der sich die Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen befinden. Da es vielen von ihnen zwar zur Zeit sehr schlecht gehen soll, so wird man aber

Tabelle XXIII.
Einnahmen des Berichtsjahres 1920.

In % der Gesamteinnahmen.

Länder- oder Größengruppen	Einnahmen erhalten von							
	a) Staat	b) Gemeinde	c) L.-V.-A.	d) Kassen	e) Mitglieder	f) Stiftungen	g) Sonstiges	
1. Sachsen	63	2,7	48,7	3,2	14,2	1,06	12,5	14,3
2. Berlin-Brand.	17	0,03	23,4	57,7	0,3	0,016	2,5	15,7
3. Thüringen	43	8,6	39,3	10,1	11,4	5,8	9,3	16,0
4. Mittel-Deutsch- land	15	2,87	31,6	5,0	13,9	7,2	8,0	15,9
5. Schlesien	35	3,19	27,0	14,1	3,7	4,7	16,9	22,2
6. Ost-, West-Pr., Pommern	28	0,6	35,4	4,6	9,6	1,3	2,8	45,9
7. Nord-Deutshl.	13	57,9	4,5	4,6	7,1	1,12	11,1	15,5
8. Schlesw.-Holst.	6	3,29	58,8	17,0	6,04	—	0,5	14,2
9. Westfalen	81	1,4	45,7	3,7	17,0	1,1	8,0	21,1
10. Rheinland	16	1,3	56,9	3,3	4,7	3,3	5,3	22,9
11. Bayern	5	2,6	45,9	12,2	5,7	1,8	7,4	12,6
12. Süd-Deutshl.	12	0	37,0	3,3	2,7	1,3	32,5	8,9
I. 0— 5 000	49	6,6	54,8	5,6	3,5	1,38	14,1	13,1
II. 5— 15 000	90	4,6	44,7	5,4	9,5	5,2	16,6	13,3
III. 15— 50 000	135	3,7	53,7	5,9	9,5	3,2	7,4	14,9
IV. 50—100 000	36	0,8	38,0	5,8	6,5	1,9	11,1	24,7
V. 100—250 000	13	1,05	52,8	5,2	19,0	0,9	6,8	24,6
VI. 250—500 000	6	0,01	43,0	1,8	9,0	1,1	11,5	32,0
VII. Über 500 000	5	13,0	11,7	56,0	2,2	0,03	3,8	10,4
334 F.-Bezirke		5,09	35,7	18,8	8,09	3,79	8,55	19,1

doch wohl erwarten können, daß sie eine bestimmte Kopfsteuer aller ihrer versicherten Mitglieder in einer bestimmten Höhe, an die Fürsorgestellten abführen, wie es ja mancherorts, z. B. in Stettin, geschieht und zu Millionenbeiträgen führen könnte. Ob die Beiträge der Gemeinden, Städte usw. bei der jetzigen Reichssteuergesetzgebung noch weiter zu erhöhen sind, ist auch sehr fraglich, höchstens kämen da die Bezirke und Länder in Frage, die, wie die Tab. XXIII für Berlin-Brandenburg, Schlesien und Norddeutschland ergibt, noch zu sehr hinter dem jetzigen Durchschnitt zurückbleiben.

Zu klein sind aber, abgesehen von Hamburg, bisher die Beihilfen von seiten der Staaten und da wäre es dringend erwünscht, wenn vor allem das

Reich als Steuereinnahmer des gesamten Reiches sich mehr der Finanzierung der Fürsorgestellten annähme und möglichst bald höhere Summen bereitstellte. Sehr zu begrüßen wäre es, wenn, wie beabsichtigt, die schon oft geforderten und für diesen Zweck in Aussicht gestellten 30 Millionen Mark, besser aber noch mehr bei der enormen Geldentwertung, endlich unter die Fürsorgestellten zur Verteilung gelangten. Geschieht dieses nicht, so wird noch mehr, als es bisher mancherorts geschieht, die private Wohltätigkeit die Finanzierung in die Hände nehmen müssen, wenn nicht überhaupt das ganze Fürsorgewesen Schiffbruch erleiden soll.

Was nun eine evtl. bessere Ausnutzung der schon zur Verfügung stehenden Mittel anlangt, so ist der Tab. XXI zu entnehmen, daß ein Viertel bis ein Fünftel der gesamten Einnahmen für Personalkosten und ca. ein Zehntel für sächliche Ausgaben Verwendung fanden. Hieran dürfte sicherlich nur dann zu sparen sein, wenn, wie in Mannheim und vielen anderen Orten, die Kommune die Besoldung und gleichzeitig die Bereitstellung der Unterkunftsräume übernehme.

Die für Desinfektionsmittel und Wohnungsbeihilfen aufgewandten Beträge sind in beiden Jahren so gering, daß kleinere Sätze keinesfalls in Frage kommen dürften. Im Gegenteil müßten aus den früher geschilderten Gründen eher die Beträge noch etwas erhöht werden. Auch an dem für Pflege und Stärkungsmittel verausgabten Gelde dürfte keine Einsparung möglich sein; denn heute in der Nachblockadezeit ist es eine der vornehmsten Aufgaben der Fürsorgestellten, an der Hebung des Ernährungsstandes des Volkes regen Anteil zu nehmen. Dies ist aber auch ohne allzu große geldliche Belastung durch richtige Zusammenarbeit mit charitativen Vereinen, Verbänden und ausländischen Vereinigungen erreichbar. Anders dagegen steht es mit dem Aufbringen der Kurkosten für Heilstätten und Versendung bedürftiger Patienten. Hier ist m. E. die Aufgabe der Fürsorgestelle erledigt, wenn der entsprechende Antrag durchgedrückt und verwirklicht ist, für Aufenthalt und Kurkosten haben dann die gesetzlich dazu verpflichteten Versicherungsträger aufzukommen. Ausgenommen sind natürlich die nichtversicherten, ganz unbemittelten Patienten, Kinder usw., für die auch die Angehörigen nicht sorgen können. In solchen Fällen muß natürlich eine Beihilfe, die sich nach Möglichkeit in den engsten Grenzen zu bewegen hat, in Frage kommen. Wenn man aber sieht, daß z. B. im Jahre 1920 allein 35,03% der Gesamteinnahmen für diesen Zweck verbraucht sind, so dürfte sich m. E. hier eine größere Sparsamkeit empfehlen, die man anderen wichtigeren Aufgaben, z. B. der Wohnungssanierung, zuwenden könnte. Auch in den 15,9% für sonstige Ausgaben dürfte manch unnütz vertanes Geld stecken, und diese beiden Passivrubriken zusammengenommen machten 1920 allein ca. 7 Millionen Mark aus, von denen die Hälfte allein einen Betrag darstellt, den 1920 die 135 Fürsorgestellten der dritten Größenklasse zusammen für den gesamten Fürsorgebetrieb noch nicht annähernd (3 014 257,38 M.) verausgabte hatten. Durch Sparsamkeit an dieser Stelle wird sicherlich viel zu erreichen sein.

Auch kann aus dem Fürsorgebetrieb selbst mehr Kapital, als es bisher geschieht, gezogen werden, wenn man sich dazu entschliesse, wie es z. B. in Gelsenkirchen jetzt schon der Fall ist, für Ausstellung z. B. von Attesten, Lebens-

mittelzuweisungskarten usw. kleinere Geldbeträge einzufordern. Auch für die Abgabe von Spuckflaschen, Thermometern usw. könnte man ebenso wie bei der leihweisen Überlassung von Betten, Liegestühlen usw. niedrige Gebühren von den nicht ganz unbemittelten Patienten nehmen. Natürlich dürfte es nur dort möglich sein, wo die Kranken keinen Einspruch erheben; aber hier kann eine richtig geleitete Fürsorgestelle mit gut arbeitenden Schwestern vieles durchsetzen. Weiter bietet auch eine gut eingerichtete Röntgenabteilung Einnahmeföglichkeiten, wie es das Mannheimer Beispiel beweist, wo allein 1920 60 000 M. aus dem Betrieb erübrigt werden konnten. Ein derartiges Vorgehen hat auch noch den Vorteil, daß, wenn Durchleuchtungen und Aufnahmen entsprechend den Tarifsätzen vorgenommen werden, die Fürsorgestellen-Röntgenabteilungen kein Konkurrenzunternehmen darstellen. Wenn man außerdem eine derartige Untersuchungsmöglichkeit in der Fürsorgestelle, soweit es deren Betrieb erlaubt, den am Platze befindlichen Ärzten für ihre Patienten gegen entsprechende Entschädigung in Aussicht stellte, so würde nicht allein dadurch ein neuer Aktivposten geschaffen, sondern auch eine gute Gelegenheit für eine ersprießliche Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft geboten.

d) Aufklärung.

Nun zum letzten Punkt des *Pütterschen* Programms, nämlich zur Aufklärung. Was ist in dieser Hinsicht in den Jahren 1919 und 1920 geschehen? Diese Aufklärung hat, um den Kampf gegen die Tuberkulose wesentlich zu unterstützen, nach *Pütter* in dreifacher Hinsicht zu erfolgen. Aufzuklären sind:

1. die Ärzte,
2. die Schwestern und
3. das Publikum.

Zur Aufklärung der Ärzte über das Wesen der Tuberkulose als Krankheit und deren Bekämpfung haben im Jahre 1919 und 1920 von der Fürsorgestellenkommission des D.Z.K. mehrere Vortragskurse in Berlin vom 19. bis 25. Mai 1919 und vom 28. Mai bis 20. Juni 1920 stattgefunden, an denen mehrere hundert Ärzte teilnahmen. Vom Hannöverschen Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose wurden 1919 zwei Fortbildungskurse für Ärzte von 10tägiger Dauer und ebenso auch im August und September 1920 abgehalten. In Schlesien fanden Besprechungen über Tuberkulosefürsorgetätigkeit im Jahre 1919 statt und besondere Kurse in Landshut und Buchwald im Jahre 1920. Außerdem fand noch die Tätigkeit des Tuberkulosefürsorgearztes in Fortbildungskursen auf der sozialhygienischen Akademie in Breslau besondere Berücksichtigung. Dasselbe geschah in Düsseldorf, Köln und Charlottenburg an gleicher Stelle. Sodann wurde auf Veranlassung der Fürsorgestellen in Ärztekursen in Königsberg, Lübeck, Danzig und in einigen Städten Westfalens, Rheinlands und Thüringens in beiden Jahren und im Jahre 1920 in Rostock, in München vom 4. bis 18. Oktober vor 120 Teilnehmern und vom 6. bis 10. März in Nürnberg das Gebiet der Tuberkulose eingehend erörtert. Weiter konnten vor mehr als 200 württembergischen und hohenzollernschen Ärzten in Tübingen vom 21. bis 23. Oktober 1920 die Tuberkulosefragen und Bekämpfungsmaßnahmen beleuchtet werden. Schließlich geht aus manchen Berichten vor allem größerer

Fürsorgestellen hervor, daß durch die Fürsorgestellenärzte häufigere Besprechungen des Tuberkuloseproblems in ärztlichen Vereinigungen erwirkt wurden, wo dann auf die Rolle und Mitarbeit des praktischen Arztes im Tuberkulosekampfe hingewiesen werden konnte.

Noch viel zahlreicher wurden in vielen Städten, hauptsächlich auf Betreiben der Fürsorgestellenärzte oder Schwindsuchtsbekämpfungsvereine, ja vielfach sogar unter beider Führung, Spezialkurse und Vortragsabende für *Lungenfürsorgeschwestern* abgehalten, in denen das gesamte Gebiet der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung unter Bevorzugung der praktischen Tätigkeit erläutert wurde. In Berlin fanden vom 4. August bis 27. September 1919 unter Führung der Fürsorgestellenkommission des D.Z.K. und ebenso vom 12. Oktober bis 6. Dezember 1920 in Berlin besondere Lehrgänge statt. Von der Auskunfts- und Fürsorgestelle Breslau wurden häufigere kurze Lehrgänge für Schwestern, dann ein längerer Lehrkursus und drei Wanderlehrkurse veranstaltet. In Ostpreußen konnte 1919 in Ortelsburg und 1920 in Königsberg in Kursen Schwestern Gelegenheit zur Ausbildung und Aufklärung gegeben werden. In Westpreußen wurde im Winter 1919 ein 4 wöchiger Lehrgang für Tuberkulosefürsorgeschwestern und ein 6 wöchiger Kurs für Landpflegerinnen und vom 6. Januar bis 27. März ein Fortbildungslehrgang für Fürsorgerinnen und in Pommern im Jahre 1920 ein solcher in Stettin abgehalten. Mehrere 10 tägige Lehrgänge im Jahre 1919 und 1920 brachte der Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Hannover zustande, ebenso in Witzenhausen einmal im Jahre 1920. In der Provinz Schleswig-Holstein konnten im Jahre 1920 60—70 Fürsorgeschwestern über das Tuberkuloseproblem unterrichtet werden. Vom 22. bis 28. August 1920 war 68 Teilnehmerinnen eines Tuberkulosekurses in der Auskunfts- und Fürsorgestelle in Halle a. S. und außerdem am 8. und 9. Mai in Magdeburg Kleinkinderfürsorgeschwestern die Gelegenheit gegeben, sich über die Tuberkulose zu informieren. Ebenso fanden im Jahre 1920 Lehrgänge in Thüringen für Fürsorgerinnen in Weimar und Mühlhausen in engster Verbindung mit den Fürsorgestellen statt, denen sich weitere vier 14 tägige in Lippspringe in beiden Jahren und im Rheinland in Bonn (1919), in Barmen, Köln und Arenberg anschlossen. Von der Auskunfts- und Fürsorgestelle in Nürnberg wurde gemeinsam mit der Heilstätte Luitpoldheim im Jahre 1919 ein 2 monatiger und im Jahre 1920 ein gleich langer Ausbildungskurs in Lohr a. M. veranstaltet. In Sachsen tat sich in beiden Jahren besonders die Auskunfts- und Fürsorgestelle Chemnitz in der Aufklärung der Schwestern hervor, die sich der Tuberkulosefürsorge zu widmen beabsichtigten. Dieses geschah in mehreren speziellen Unterweisungskursen. An besonderen Vortragsabenden, in denen das gesamte Gebiet der Tuberkulose Erledigung fand und durch Demonstrationen und Lichtbilder erläutert wurde, suchte man in Dresden die Fürsorgeschwestern und die für den Fürsorgerinnenberuf sich vorbereitenden Frauen aufzuklären.

Schließlich sind dann noch die wohl in den meisten größeren Fürsorgestellen üblichen, aber auch dringend erwünschten wöchentlichen Konferenzen der Fürsorgeschwestern zu erwähnen, wo sie unter dem Vorsitz des Fürsorgestellenarztes über ihre Erfahrungen und Tätigkeit im praktischen Betrieb zu berichten hatten. Bei dieser Gelegenheit wurde an Hand praktischer Fälle

von dem Arzte und Leiter der Fürsorgestelle Aufklärung gegeben über evtl. zu treffende Maßnahmen usw., und aus solchen Besprechungen konnten vor allem die jüngeren Schwestern enorm viel lernen. Diese Erfahrungen haben schon eine ganze Reihe von Fürsorgeärzten gemacht und ist eine Nachahmung dieser wöchentlichen Konferenzen sehr empfehlenswert.

Weiter ist es schon in vielen Fürsorgebezirken Brauch geworden, entsprechend dem früheren Vorgehen *Pütters* in Berlin die Anfängerinnen zunächst in eine größere, bekanntlich gut arbeitende Fürsorgestelle zu schicken. Dort arbeiteten sie unter der Anleitung einer erfahrenen älteren Schwester und wurden erst dann zu selbständiger Tätigkeit an die kleinere Fürsorgestelle zurückgegeben, wenn sie über ihre Tätigkeit und Aufgaben genügend aufgeklärt und ordentlich ausgebildet waren.

Was nun die Aufklärung des Volkes anlangt, so wird hierüber leider nicht von sehr vielen Stellen Bericht erstattet. Im allgemeinen erfolgt die Aufklärung der Kranken und Angehörigen meist in der Fürsorgestelle gelegentlich der Untersuchungen durch Arzt und Schwester und durch Unterweisung und praktische Vorführung in den Wohnungen der Fürsorglinge durch die Besuchsschwester. Außerdem scheint die Verteilung von Merkblättern, von Gesundheitsvorschriften und des *Thieleschen*¹⁾ Schwindsuchtaufklärungsschriftchens sich überall eingebürgert zu haben. In der Abfassung und Verteilung solcher Merkblätter und Aufklärungsschriften, die für die verschiedenen Altersklassen, Geschlechter, Berufe usw. bestimmt sind, haben sich außer dem Reichsgesundheitsamt und dem D.Z.K. noch die Fürsorgestellenärzte von Hannover und Halle, besonders aber die Chemnitzer Auskunfts- und Fürsorgestelle hervor getan, die außer den schon früher vorhandenen Merkblättern im Jahre 1919 und 1920 noch drei weitere: 1. Auf zum Luftbad, 2. Fortlaufende Desinfektion am Bett Lungenkranker und 3. Anweisung zum Gebrauch von Kresolseifenlösung, und ein Heftchen „Winke für Heilstättenkranke“ herausgegeben hat. Weiter sind die Kranken in einzelnen Fürsorgebezirken nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus oder eine Heilstätte durch Vorträge über die Art ihres Leidens, seine Infektiosität und die Ansteckungsverhütung belehrt worden, so z. B. in Stettin, wo die Fürsorge- und Krankenhausärzte allwöchentlich vor den Kranken Vorträge hielten, von denen je 12 einen abgeschlossenen Zyklus darstellten.

Die breiten Massen, also auch die Nichtkranken, wurden in fast allen Fürsorgebezirken durch periodisch wiederkehrende Zeitungsartikel und Inserate auf die Auskunfts- und Fürsorgestellen aufmerksam gemacht und aufgefordert, bei den geringsten Anzeichen von Lungenkrankheiten in die näher bezeichneten Sprechstunden zu kommen.

Weiter wurden in vielen Orten, Gemeinden und Städten in den Wartebäumen aller öffentlichen Dienststellen Merkblätter und Aufklärungsschriften aufgelegt und auch häufig Merkwandtafeln angebracht. In Frankfurt a. M. ist im Jahre 1920 ein aus einem Preisausschreiben hervorgegangenes Tuberkuloseplakat in sämtlichen Straßenbahnwagen ausgehängt worden, das in wirkungsvoller Weise auf die Tuberkulosefürsorgestelle aufmerksam macht. Dort ist in der Fürsorgestelle selbst ein großer Vortragsaal vorhanden, in dem öffentliche

¹⁾ *Thiele*, Die Schwindsucht, ihre Ursachen und Bekämpfung. Verlag des D.Z.K. Berlin 1919. 2. verb. Auflage.

Aufklärungsvorträge in beiden Jahren gehalten worden sind, ebenso wie von vielen Fürsorgeärzten in anderen Städten solche gehalten sind oder zu halten beabsichtigt waren. In manchen Städten sind den Einladungen zu solchen Vorträgen zahlreiche Menschen gefolgt, wie z. B. in Gelsenkirchen, wo außerdem noch nach den Vorträgen Rekordbesuche der Fürsorgestelle zu verzeichnen waren. In anderen Orten dagegen, wie z. B. in Solingen, war zweimal von der Fürsorgestelle ein Vortragszyklus über Bekämpfung der Tuberkulose im Rahmen der Volkshochschulkurse beabsichtigt. Beide kamen aber nicht zur Ausführung, da die dazu erforderliche Zuhörerschaft ausblieb. Mehr Erfolge hatten durchwegs Vorträge und Kurse in kleineren Kreisen besonders für Frauen, die von vielen Fürsorgestellen in ihren eigenen Räumen abgehalten wurden. Viel beliebter beim Publikum und deshalb wohl auch empfehlenswerter waren Lichtbildervorträge, besonders aber die Tuberkulosefilmvorführungen, die an manchen Orten vor dichtgedrängten Scharen abgerollt werden konnten.

Auch hatte die an manchen Plätzen von den zugehörigen Fürsorgestellen veranlaßte Ausstellung des D.Z.K. und des Deutschen Hygienemuseums in Dresden einen guten Besuch zu verzeichnen und mit dazu beigetragen, die Kenntnis des Publikums von der Tuberkulose zu vermehren. Manche Fürsorgestellen sind sogar schon dazu übergegangen, sich eigene Ausstellungen zusammenzustellen, die entweder in einem besonderen Raume im Fürsorgegebäude untergebracht und dem Publikum zugänglich sind oder aber, wie z. B. in Chemnitz, von Zeit zu Zeit in Schaufenstern in verschiedenen Stadtteilen zur Schauausstellung gelangten.

Auf diese Weise sind ja schon viele Menschen über die Tuberkulose unterrichtet worden, aber die meisten hat man doch nicht erfaßt und wird sie auch nicht in solche Vorträge usw. bringen oder sie veranlassen können, die ihnen verabfolgten Merkblätter durchzulesen und zu beherzigen. Deshalb hat man in den beiden Berichtsjahren die Aufklärungsarbeit schon an vielen Orten etwas geändert, insofern nämlich, als man sie mehr als bisher in die Schule verlegte. Naturgemäß mußte natürlich die Lehrerschaft vorgebildet werden, und das ist auch schon vielerorts mit Erfolg geschehen, wie zahlreiche Fürsorgestellen aus Ost-, Westpreußen, Pommern, Hannover, Provinz Sachsen, Thüringen, Braunschweig und Baden berichten.

Besonders hervorzuheben ist eine Neueinrichtung eines Wanderlehrers durch den Hannoverschen Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht, der seit 1919 in der ganzen Provinz Hannover und den angrenzenden Bezirken Vorträge über Tuberkulose vor der Lehrerschaft hält und außerdem besondere Kurse für Lehrer veranstaltet. Ein Erfolg dieser Tätigkeit ließ sich schon insofern konstatieren, als nämlich die Schulkinder der Landkreise schon ganz befriedigende Kenntnisse von der Tuberkulose zeigten, in denen der Wanderlehrer vorher den zugehörigen Lehrern vorgetragen hatte.

Die gleichen Erfahrungen konnten von den Fürsorgestellen Dresden¹⁾ und Stettin²⁾ gemacht werden, wo unvorbereitete Hausaufsätze nur geringe

¹⁾ *Beschorner*, Die Aufklärung mittels des Tuberkulosefilms in den Dresdner Schulen. Tuberkul.-Fürs.-Blatt 1919, Nr. 6.

²⁾ *Bräuning*, IX. u. X. Jahresbericht des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Stettin. Tuberkulose-Unterricht in den Schulen, Tuberkulose-Fürsorge-Blatt 1921, Nr. 1/3.

Kenntnisse der Kinder und ihrer Eltern von der Tuberkulose ergaben, während Klassenaufsätze, die erst nach vorheriger Aufklärung der Lehrer und nachfolgendem Unterricht über Tuberkulose durch diese geschrieben wurden, den Wert der Lehreraufklärung einwandfrei dartaten. Man hat sich daher in beiden Städten entschlossen, wenigstens jährlich einmal sog. Tuberkulosewochen in den Schulen zu veranstalten, in deren Mitte ein Tuberkulosevortrag des Fürsorgearztes und die Vorführung des Tuberkulosefilms vorgesehen ist. Vor Abhaltung dieser Wochen werden die Lehrer in mehreren Vorträgen der Fürsorgestelltenärzte über das Wesen der Tuberkulose unterrichtet.

Überhaupt ist man in den Berichtsjahren in vielen Staaten des Deutschen Reiches dazu übergegangen, beim Unterricht in der Natur- und Gesundheitskunde die Tuberkulose durch die Lehrerschaft besonders berücksichtigen zu lassen. In Baden ist auf Veranlassung des badischen Tuberkuloseausschusses der „Kurze Katechismus der Gesundheitslehre“ in den Schulen zur Einführung gebracht, der einen entsprechenden Passus über die Tuberkulose enthält. In vielen Orten hat auch schon der Fürsorgearzt Vorträge in den Schulklassen gehalten, und noch häufiger ist es üblich geworden, daß, wie z. B. in Halle, Stettin, Chemnitz und vielen anderen Orten, zusammen mit den Schulkindern besondere Elternabende anberaumt werden, auf denen an Hand von Lichtbildern über die Schwindsucht und ihre Bekämpfung gesprochen wird. In einzelnen Fürsorgestellen, z. B. in Halle, sind auch Aufklärungsvorträge für Fortbildungs- und Gewerbeschüler gehalten worden.

Von dieser Art Aufklärung, die in den Schulen stattzufinden hat, wird man sich mehr versprechen können als von der Aufklärung der Erwachsenen, an die man ja doch nur zum Teil herankommen kann und wird. Erforderlich ist natürlich, daß sie regelmäßig Jahr für Jahr stattfindet und die Lehrer in der nötigen Weise vorbereitet und vorgebildet sind und ein Handinhandarbeiten mit dem Fürsorgestelltenarzt dabei erfolgt, solange nicht eine entsprechend ausreichende Vorbildung auf den Seminarien resp. Universitäten gesichert ist. Denn dann werden wir zwar noch nicht so bald, aber doch in absehbarer Zeit so weit sein, daß jeder Deutsche einigermaßen über diese Volkskrankheit orientiert ist.

Eine weitere, sehr empfehlenswerte Einrichtung käme hier schließlich noch für die zur Entlassung kommenden Schüler in Frage. Bei diesen könnte nämlich, wie es ja auch schon mancherorts zur Tatsache geworden ist, eine Berufsberatung evtl. auch noch durch die Fürsorgestelle stattfinden. Zu berücksichtigen wären vor allen die Abgehenden, bei denen der Schularzt gelegentlich der Entlassungsuntersuchung das Vorhandensein einer Tuberkulose oder eine besondere Disposition dazu festgestellt hat. Solche Schüler müßten vor bestimmten für sie ungeeigneten Berufen gewarnt werden und ihnen resp. ihren Eltern Berufsberatungsschriften an die Hand gegeben werden, wie sie die Auskunfts- und Fürsorgestelle des Chemnitzer Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht unter dem Titel „Chemnitzer Ratgeber für Berufswahlen“ ebenso wie in früheren so auch in den beiden Berichtsjahren zur Verteilung gebracht hat.

Schlußbetrachtungen.

Wenn ich nun am Ende dieser Betrachtungen und Erhebungen meine Beobachtungen kurz zusammenfassen darf, so hat sich folgendes erkennen lassen:

1. Die nach dem Vorbilde *Pütters* ins Leben gerufenen Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke sind einschließlich der Hilfsfürsorgestellen in einem ziemlich dichten Netz über das ganze Deutsche Reich verbreitet. Obwohl schon eine von ihnen auf ca. 20 000 Einwohner kommt, so ist es doch noch fraglich, ob für jeden Tuberkulösen in seinem Bezirk eine Fürsorgestelle zugänglich und die Möglichkeit einer häuslichen Überwachung durch eine Fürsorgeschwester vorhanden ist.

2. Die Fürsorgestellen, die in der Hauptsache von Behörden, Städten, Gemeinden, Kreisen und Ämtern, weiter aber auch noch von Vereinen ins Leben gerufen und in ihrer überwiegenden Mehrheit Gründungen der letzten 10 Jahre sind, stellen keineswegs gleichartige einheitliche Gebilde dar. Jede weicht in der Einrichtung und im Betrieb je nach ihrer Entwicklung und ihren örtlichen Verhältnissen von der anderen ab. Ob als Träger der Tuberkulosebekämpfung am besten die Stadt, die Gemeinde, der Kreis, die Krankenkasse, die Landesversicherungsanstalten oder ein Verein in Frage kommen soll, hängt lediglich davon ab, ob die Organisation den Anforderungen genügt oder nicht. Dasselbe gilt von der amtlichen und nichtamtlichen Fürsorgestelle. Die Tuberkulosefürsorge wird am zweckmäßigsten getrennt von den anderen Fürsorgebestrebungen getrieben. Dementsprechend ist auch die Familienfürsorgerin, Sozialbeamtin oder sog. Quartierschwester für die Tuberkulosefürsorge abzulehnen. Anders dagegen auf dem Lande, wo für spezialistische Betätigung kein genügendes Arbeitsfeld vorhanden ist.

3. Bezüglich der Unterbringung und Einrichtung der Fürsorgestellen in den kleineren Bezirken hat es sich als empfehlenswert herausgestellt, die Sprechstunden in den Räumen der Orts- oder Kreiskrankenhäuser abzuhalten oder, wo dies nicht möglich ist, in Gemeindediakonien oder anderen Schwesternstationen. Da aber die Einrichtung einer allen Forderungen entsprechenden Fürsorgestelle nicht überall durchführbar ist, so wird empfohlen, innerhalb größerer Bezirke neben einer größeren Anzahl einfacher Beratungsstellen unter Mitwirkung der ansässigen Ärzte eine oder einige möglichst mit Fachärzten besetzte, gut ausgestattete Hauptfürsorgestelle (evtl. Kreisfürsorgestelle) einzurichten. Obwohl die meisten der Fürsorgestellen der größeren Bezirke bessere und ständige Unterkunftsräume besitzen, so fehlen in diesen noch zu häufig unentbehrliche Einrichtungsgegenstände wie Röntgenapparate, Mikroskope, Sputumuntersuchungsvorrichtungen usw. Dieser Mangel ist durch entsprechende Abmachungen mit Krankenhäusern, Spezialärzten, Laboratorien usw. auszugleichen.

4. Für einen geregelten und schnell übersichtlichen Aktenbetrieb ist Wert auf die Einrichtung von Kartotheken und Karteien oder auf die Einführung von Dekadenlisten nach *v. Hayek* zu legen. Außerdem sind die Krankengeschichten so sorgfältig zu führen, daß sie zur wissenschaftlichen und statistischen Bearbeitung ausgenutzt werden können.

5. Die Arbeitsweise der einzelnen Fürsorgestellen weicht vielfach voneinander ab, je nachdem Selbstmeldungen oder nur Arztüberweisungen usw. Berücksichtigung finden oder nicht.

Da man aber zur Zeit in allen Fürsorgestellen auf die vielen Selbstmeldungen nicht verzichten kann und außerdem eine gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft unbedingt nötig ist, so erscheint das Vorgehen *Pütters* am ratsamsten.

6. Mit dem alten Grundsatz *Pütters* „Keine Behandlung in den Fürsorgestellen“ ist schon an vielen Orten gebrochen, vor allem bezüglich der Durchführung spezifischer Tuberkulin- und Bestrahlungstherapie. Wenn auch zugegeben ist, daß die prophylaktische Behandlung an sich Aufgabe der Fürsorgestellen ist, so erscheint es, da ein sicheres und für die breite Masse anwendbares Mittel zur Zeit noch aussteht, höchstens angezeigt, daß einige geeignete Fürsorgestellen dahingehende umfangreiche Versuche anstellen, um hier Aufklärung zu schaffen. Im übrigen ist es aber empfehlenswerter, mit Rücksicht auf die Ärzteschaft keine Behandlung in den Fürsorgestellen zu treiben.

7. Da viele Fürsorgestellen infolge von Zeit- und Personal-mangel alle an sie herantretenden Fälle nicht zu erledigen in der Lage sind, so wird der Vorschlag gemacht, nicht etwa die Offentuberkulösen zu ungunsten der Geschlossen-tuberkulösen zu bevorzugen, sondern das alte *Püttersche* Überweisungssystem durch die in Frage kommende Ärzteschaft zu bevorzugen. Außerdem wird die Schaffung besonderer Sprechstundenstationen oder Filialen und die Einschränkung der Wiederholungsuntersuchungen bei den als sicher infektiös erkrankten Tuberkulösen anempfohlen.

8. Der im Gegensatz hierzu von vielen Fachleuten gewünschte weitere Ausbau der Fürsorgestelle zur Zentrale der gesamten Tuberkulosebekämpfung kann erst dann zur Durchführung kommen, wenn eine entsprechende gesetzliche Regelung erfolgt ist. Außerdem gehört dazu mehr Personal, ein besseres Meldewesen und eine intensivere Zusammenarbeit mit allen in Betracht kommenden Behörden und sozialen Faktoren.

9. a) Die manchmal noch recht lückenhaft ausgefertigten Tätigkeitsberichte von 695 Fürsorgebezirken aus den Jahren 1919 und 1920 haben gezeigt, daß aus den mitgeteilten Besuchsziffern kein Urteil darüber zu gewinnen ist, wie es mit der Hauptaufgabe der Fürsorgestelle, nämlich der Auffindung der Tuberkulösen, bestellt ist. Eine bessere Beurteilungsmöglichkeit bieten die jährlichen Neu-aufnahmen und ärztlichen Untersuchungsziffern und die Zahlen der bekannten Offentuberkulösen, wenn sie mit den von *Bräuning* hierfür errechneten Normalzahlen verglichen werden.

Nach Einteilung in zwölf Länder- und sieben verschiedene Größenklassen konnte festgestellt werden, daß die kleineren Fürsorgestellengruppen bis zu 50 000 Einwohnern und die in Westfalen, Thüringen, Schlesien und Sachsen am ehesten den Anforderungen genügten und manchmal recht befriedigende Kenntnisse von den Tuberkulösen ihrer Bezirke aufzuweisen hatten, während die meisten anderen doch noch erheblich hinter den Idealforderungen zurückblieben. Trotzdem gab es doch schon eine ganze Reihe einzelner Fürsorgestellen, besonders auch unter den größeren, die in dieser Hinsicht schon über günstige Ziffern verfügten und Zeugnis dafür ablegten, daß schon in vielen Städten die

Auffindung der Tuberkulösen recht gute Fortschritte gemacht hat. Schlecht ist es allerdings, abgesehen von wenigen Ausnahmen, mit der Erfassung der Offentuberkulösen bestellt und ebenso auch mit der rechtzeitigen Befürsorgung der an Lungentuberkulose Sterbenden. Demzufolge konnten auch die Wohnverhältnisse der Offentuberkulösen nicht genügend saniert werden.

b) Bezüglich der Versorgung der Fürsorglinge in den Jahren 1919 und 1920 waren wesentlich bessere Beobachtungen zu machen. Die Zahl der Schwesternbesuche in den Wohnungen der Tuberkulösen war schon sehr erheblich und blieb im Durchschnitt nicht wesentlich hinter der von *Bräuning* errechneten Normalzahl zurück, höchstens nur dort, wo, wie besonders in den größeren Bezirken, eine Überlastung der Schwestern feststellbar war.

In der größeren Mehrzahl aller Fürsorgstellen, besonders in Westfalen, Thüringen, Sachsen und Bayern, in den kleineren und den größten Gruppen gelangten recht beträchtliche Mengen von Milch, Stärkungsmittel, Lebertran, Zusatznahrungsmittel, Krankenkost zur Verteilung oder wurden den Fürsorglingen vermittelt. Ebenso hielt sich auch die Versorgung mit Betten, Bettwäsche, Decken, Kleidern, Spuckflaschen, Thermometern usw. in durchaus befriedigenden Grenzen. Unzureichend war jedoch in manchen Bezirken die Ausgabe von Sputumdesinfektionsmitteln und die Gewährung von Mietszuschüssen. Erfreulich groß waren auch die Zahlen der Überweisung in ärztliche Behandlung vor allem in den kleineren Bezirken unter 50 000 Einwohnern, wo auch die meisten Heilstättenanträge für recht viele Patienten gestellt wurden. Überhaupt konnte festgestellt werden, daß bei der Belegung der zur Verfügung stehenden Heilstätten-, Krankenhaus-, Invalidenheim- und Tuberkuloseheimbetten die Auskunfts- und Fürsorgstellen in beiden Jahren in ganz befriedigendem Umfange beteiligt waren. Auch konnte die Überweisung in Erholungsstätten und die Beschaffung von Soolbädern für die hierfür in Frage kommenden Patienten in größerem Umfange in vielen Fürsorgstellen zur Durchführung gelangen. Unzureichend war dagegen die Beteiligung der Fürsorgstellen an der Besorgung und Vermittlung der für Tuberkulöse geeigneten Arbeitsmöglichkeiten.

c) Die für die Erledigung der gesamten Fürsorgetätigkeit zur Verfügung stehenden Gelder blieben meist hinter der von *Bräuning* errechneten Normalzahl von 1,26 pro Jahr und pro Kopf der Bevölkerung zurück. Viele Fürsorgstellen waren gezwungen, mit Unterbilanz zu arbeiten. Das ist um so bedauerlicher, als im allgemeinen eine Parallelität zwischen Arbeitserfolg und guter Finanzierung konstatiert werden konnte. Es sind deshalb die Gemeinden, Städte, Kreise, die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen dort mehr als bisher zur Bereitstellung von Geldmitteln heranzuziehen, wo diese Beihilfen jetzt noch hinter dem Durchschnitt zurückblieben. Vor allen Dingen müssen die Staaten und besonders das Reich Mittel zur Verfügung stellen. Sodann hat es sich gezeigt, daß von den Fürsorgstellen für Kurkosten und Versendung bedürftiger Patienten viel zu viel Geld verausgabt worden ist. Eine größere Sparsamkeit an dieser Stelle dürfte angezeigt erscheinen. Weiter hat es sich als empfehlenswert herausgestellt, aus dem Fürsorgebetrieb selbst mehr Kapital als bisher zu ziehen. Es kann dies durch die Einführung von niedrigen Gebühren für die Ausstellung von Attesten, Lebensmittelkarten usw., bei Abgabe von

Spuckflaschen, Thermometern usw. und bei der leihweisen Überlassung von Betten, Liegestühlen usw. erzielt werden. Auch bietet eine gut eingerichtete Röntgenabteilung eine gute Einnahmequelle.

d) Die Aufklärung der Ärzte und Schwestern und des Volkes über das Wesen und die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit ist von den Fürsorgestellten gemeinsam mit der Fürsorgestelltenkommission des D.Z.K. und vielen Vereinen in den Jahren 1919 und 1920 recht eifrig betrieben worden. Für die Aufklärung des Volkes haben sich Lichtbildervorträge, Filmvorführungen und Ausstellungen als besonders geeignet herausgestellt. Nachahmenswert scheint auch der Tuberkuloseunterricht in den Schulen zu sein, wenn er unter Führung der Fürsorgestellten im Einvernehmen mit der Lehrerschaft durchgeführt und mit Vorträgen des Fürsorgestelltenarztes und der Vorführung von Tuberkulosefilmen vereinigt wird.

Diese Feststellungen lassen mithin noch manche und erhebliche Lücken in der Tuberkulosebekämpfung durch die Auskunfts- und Fürsorgestellten erkennen und zeigen, daß eine ganze Reihe von diesen noch nicht so ist, wie sie eigentlich sein sollte. Das ist aber auch nicht weiter zu verwundern, da die Lungenfürsorgestellten in ihrer überwiegenden Mehrheit Gründungen erst des letzten Jahrzehntes sind und die Erfolge ihrer Tätigkeit naturgemäß länger auf sich warten lassen als bei anderen Zweigen der sonstigen Fürsorgeeinrichtungen, da wir es bei der Tuberkulose mit einer lange dauernden chronischen Krankheit zu tun haben. Außerdem muß man bedenken, daß der Kampf gegen die Tuberkulose augenblicklich unter besonders erschwerenden Zeitumständen, vor allem aber unter den drückenden Lasten des Versailler Friedensvertrages, den nach folgenden Ententediktagen und in einer Zeit nicht geahnter Geldentwertung gleichzeitig mit schlechten Ernährungs- und noch schlechteren Wohnungsverhältnissen neben dem Mangel an den nötigen Unterbringungsmöglichkeiten der Schwertuberkulösen in Krankenhäusern geführt wird. Alles also ganz außerordentlich erschwerende Momente. Trotzdem haben aber schon eine ganze Reihe städtischer und ländlicher Fürsorgestellten ganz befriedigende und manchmal sogar sehr gute Ergebnisse gezeitigt, so daß wir auf diese Einrichtungen im Kampfe gegen die Tuberkulose nicht mehr verzichten dürfen. Sie können vielmehr einen sehr wichtigen Faktor in der Tuberkulosebekämpfung abgeben, wenn sie in der geeigneten Weise finanziert, richtig organisiert und geleitet werden. Zur Leitung berufen sind aber nicht Beamte, interessierte Laien oder Damen, sondern allein gut ausgebildete Spezial- und Fürsorgeärzte, deren Arbeit aber unbedingt der Unterstützung der gesamten, jetzt leider häufig noch zu abseits stehenden Ärzteschaft bedarf.