



Zur Frage

der

Dauererfolge der Lungenheilstätten

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

hohen medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

KARL CROISSANT



MÜNCHEN

E. Mülhthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G.



M 150
4-50-29
DOK

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der
Universität Heidelberg.

Referent:

Dekan:

Geh. Hofrat Fleiner.

Prof. Gottlieb.

----- 1908. -----

Meiner lieben Mutter
und dem Andenken meines teuren Vaters.



Die günstigen Erfahrungen, die man bei der Behandlung der Tuberkulose besser situierter Stände mit der Anstaltsbehandlung gemacht hatte, musste den Gedanken nahe legen, die Vorzüge dieser Methode auch den breiten Schichten der Arbeiterbevölkerung zugute kommen zu lassen, unter denen die Tuberkulose die grössten Verheerungen anrichtet. Zunächst suchte die private Wohltätigkeit diesen Gedanken in die Tat umzusetzen; aber erst als es gelang auf dem Weg der sozialen Gesetzgebung grosse Summen aus den Mitteln der staatlichen Versicherungsanstalten und Krankenkassen heranzuziehen, wurde die Bewegung auf eine reelle und breite Basis gestellt. Rasch erstanden in allen Ecken Deutschlands eine Anzahl vorzüglich ausgestatteter Lungenheilstätten und gegenwärtig bieten 87 Volksheilstätten mit 8422 Betten und 37 Privatanstalten mit 2000 Betten eine für das bestehende Bedürfnis annähernd genügende Unterkunft. Anfänglich versprach man sich wohl in dem allgemeinen Enthusiasmus ausserordentlich viel in bezug auf die Anzahl von „Heilungen“ wie in der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit überhaupt. Pannwitz hat der Heilstättenbewegung das stolze Wort zum Leitmotiv gegeben: „Es gibt keinen siegreichen Kampf gegen die Schwandsucht, der nicht damit begänne, dass zahlreiche Volksheilstätten im wahren Sinne des Wortes geschaffen würden.“ Leider musste man mit der Zeit einsehen, dass so hohe Ansprüche erfüllt werden konnten. Besonders als die zusammenfassenden Statistiken des Reichsversicherungsamtes und Reichsgesundheitsamtes die wenig günstigen Erfolge der ersten Jahre zusammenstellten und der Oeffentlichkeit vorlegten, griff unverkennbar in den interessierten Kreisen eine gewisse Enttäuschung Platz. Die Verhältnisse wurden auch dadurch nicht besser, dass sowohl von seiten der Heilstättenärzte wie der

Versicherungsanstalten zur Verbesserung der Statistik darauf gedrungen wurde, den Volksheilstätten möglichst viel initiale Fälle zuzuführen und den vorgeschrittenen die Aufnahme zu erschweren; vielmehr war diese Massregel eher geeignet, die Missstimmung zu verschärfen. „Es ist die heutige Anstaltsbehandlung die Behandlung der beginnenden Fälle geworden, eine Taktik, die natürlich die erzielten Resultate im günstigsten Lichte erscheinen lässt, die aber mit den berechtigten Anforderungen der Humanität und öffentlichen Gesundheitspflege in schreiendem Widerspruche steht.“ Diese Aeussuerung von Goldschmidt aus dem Jahre 1901 gibt sicher keine allein-stehende Ansicht wieder, sondern es ist sehr wahrscheinlich, dass das Verfahren auch schon in weiteren Kreisen recht diskreditiert war (vgl. v. F e t z e r, 1900, Lungentuberkulose und Heilstättenbehandlung).

Im folgenden Jahre zeigte Hammer (Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 29), dass der Unterschied im Erfolg der Behandelten und nicht in Heilstätten Behandelten kaum ein erheblicher sei. Auf der recht stürmischen Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 4. Januar 1903 kam durch zahlreiche Zwischenrufe der anwesenden praktischen Aerzte die Stimmung offen zu Tage, dass fast die ganze Versammlung den gleichen kritischen Standpunkt wie der Vortragende einnehme, und noch im selben Jahre fasst Walter Ambrosius in Hanau (Münch. med. Wochenschr. 1903, No. 19) seine Beobachtungen und die Stellung einer Anzahl Kollegen in den Schlusssatz zusammen: „Sehr erbaulich ist dieses Resultat nicht, es steht im Widerspruch zu der Mehrzahl, eigentlich allen Veröffentlichungen seitens der Anstalten, immerhin ist es doch noch besser als die Mehrzahl der Kollegen, mit denen ich in Briefwechsel gestanden, annehmen. Keiner hat sich günstig geäussert“. Natürlich blieben demgegenüber die Heilstättenärzte und ihre Freunde nicht ruhig. Wohl gaben sie angesichts der ungünstigen Tatsachen zu, dass die Wirklichkeit hinter ihren anfänglichen Hoffnungen zurückbleibe, dass „es notwendig sei, die Erwartungen herabzuschrauben“; doch gegen den vollständigen Radikalismus machten sie energisch Front. Mit Erbitterung bemerkt Liebe: „Es ist jetzt Mode geworden, den Heilstätten etwas auszuwischen.“ Er weist darauf hin, dass nicht den Heilstätten, sondern vor allem den wirtschaftlichen und den Wohnungsverhältnissen, die grösste Schuld zufalle, wenn in Kürze die schönsten Erfolge wieder eingerissen werden. Von anderer Seite (W o l f, K ö h l e r, Münch. med. Wochenschr. 1903) wurden vor allem die Mängel der Statistik und die Schwierigkeit, daraus endgültige Schlüsse zu ziehen, ins Feld geführt. Unter

anderen haben dann Rumpi und vor allem Weicker in seinen wegen der Exaktheit viel benützten „Beiträgen zur Frage der Volksheilstätten“ es unternommen, mit grossen Zahlenreihen die Heilstättenerfolge in ein rechtes Licht zu rücken und die gegnerischen Vorwürfe zu entkräften. Auch unter der Zahl der in der Praxis stehenden Aerzte fanden sich warme Verfechter und begeisterte Verehrer des Systems. In erster Linie ist es Reiche, der sein grosses Hamburger Material verarbeitet und an der Hand davon den Beweis für seine Stellungnahme erbracht hat. So blieben die Ansichten geteilt, Freunde und Feinde der Heilstätten hielten sich längere Zeit die Wage, bis dann in jüngster Zeit sich die Vorstösse gegen die Heilstättenbewegung wieder mehrten. Zu Beginn dieses Jahres unterzog Grotjahn mit einem Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, die Heilstätten einer schonungslosen Kritik und sprach direkt von einer „Krisis der Heilstättenbewegung“. Noch viel schärfer ist die Polemik, die Cornet schon vorher geführt hatte. Er führt aus, dass sowohl der wirtschaftliche Nutzen wie der Erfolg der Heilstätten im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit so ziemlich gleich Null sei und resümiert dann seine Erfahrungen: „Das allgemeine Urteil geht dahin: die Heilstätten haben sich in der Tat nicht bewährt“ (Cornet: Die Tuberkulose). Diese vernichtende Kritik erfuhr auf dem jüngsten Kongress der Tuberkuloseärzte in Berlin heftigen Widerspruch. Es wurde Cornet in erster Linie vorgeworfen, dass er seinen Ausführungen nur jene Statistik zugrunde gelegt hat, die den Heilstätten ungünstig ist. In der Tat scheinen seine Stellungnahme zu schroff und seine Schlussfolgerungen auf alle Fälle verfrüht zu sein. Aber auch die von seinen Heilstätten allein veröffentlichte Statistik ist kaum einwandfrei. Denn so wertvoll statistische Angaben über Dauererfolge auch sein mögen, so lässt sich doch der eine oft betonte Nachteil nicht ableugnen, dass man den ausgeführten Zahlen nicht ansehen kann, was auf Rechnung des Heilverfahrens zu setzen ist oder was auch ohne besondere Behandlung hätte erreicht werden können. Absolute Zahlen können bei einer Krankheit mit so unglaublich wechselvollem, „proteusartigem“ Verlauf wie die Tuberkulose nur sehr schwer über den Wert oder Unwert eines Behandlungsverfahrens einen zwingenden Beweis erbringen; auch „heilen Tuberkulosen der Lunge häufig, ja ich glaube ausserordentlich häufig ohne jede Behandlung“ (Winternitz: Blätter f. klin. Hydrotherapie 1902, No. 7). Darum wäre es vorteilhaft und wünschenswert, diese Zahlen in Beziehung zu bringen zu solchen, welche Kranke betreffen, denen der Vorteil einer Anstaltsbehandlung nicht zuteil ge-

worden ist. Dies ist ein Arbeitsfeld für den einweisenden Arzt. Es ist sein Recht und seine Pflicht, an dem nichtbehandelten Patienten einen Massstab zu nehmen für die Behandelten, wenn er mit gutem Gewissen ein therapeutisches Verfahren immer wieder empfehlen soll. Nun verfügt allerdings die Mehrzahl der praktischen Aerzte nicht über ein Material, das gross genug wäre, der Oeffentlichkeit vorgelegt zu werden, und wo dies der Fall ist, gestattet leider die berufliche Ueberlastung selten eine Sichtung und Bearbeitung der Fälle.

Der eben vorgelegte Gedanke, für die Behandelten Vergleichswerte zu schaffen an Nichtbehandelten, ist durchaus nicht neu. Ausser einer Arbeit von Stadler (Deutsches Archiv f. klin. Med., Bd. LXXV) aus der Marburger Poliklinik und einer von Burckhardt (Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. IX) aus der Baseler Poliklinik auf die ich später noch zurückkommen werde, hat Hammer (l. c.) an dem Material der Heidelberger Poliklinik eine derartige Untersuchung angestellt. Das Resultat ist damals nicht sehr zu Gunsten der Heilstätten ausgefallen. Seither hat sich die Anzahl der Fälle mehrmals vervielfacht, die Beobachtung sieht auf einen längeren Zeitraum zurück, es erschien daher von Interesse, die alten und die neu hinzugekommenen Fälle auf ihren gegenwärtigen Stand zu prüfen, Behandelte und Nichtbehandelte nach Erfolg und Nichterfolg zahlenmässig nebeneinander zu stellen.

Das Material setzt sich fast ausschliesslich zusammen aus Angehörigen der hiesigen Ortskrankenkassen, dazu noch einige Fälle der Gemeindekrankenversicherung. Das Behandlungsverfahren ist hier folgendermassen: Wird bei einem Kranken in der Distriktspraxis oder in der allgemeinen Männer- oder Frauensprechstunde eine tuberkulöse Lungenaffektion festgestellt oder liegt auch nur auf Grund von Allgemeinerscheinungen der Verdacht einer solchen vor, so wird der Patient zunächst zu mindestens 4 regelmässigen Temperaturmessungen am Tage angehalten, die genau zu notieren sind. Febrile Fälle werden bis zur Entfieberung mit Bettruhe häuslich behandelt oder in die medizinische Klinik eingewiesen. Zur weiteren Beobachtung werden dann die Patienten der eigenen Tuberkulosesprechstunde in der Poliklinik zugeführt. Hier wird für jeden einzelnen eine besondere Krankengeschichte angelegt, Anamnese und Status möglichst sorgfältig aufgenommen, vor allem aber die Diagnose durch genaue Feststellung und weitere Verfolgung des Lungenbefundes, Untersuchung des Sputums und in letzter Linie durch die diagnostische Injektion gesichert. Gerade durch dieses letzte Hilfsmittel der Diagnostik

kommt von unserer Seite viel leichtes Material zur Einweisung, das nicht immer einen sicheren, manchmal ausser leichten Veränderungen des Atemgeräusches gar keinen Lungenbefund aufweist und von dem es oft fraglich, manchmal geradezu unwahrscheinlich ist, dass eine progressive (aktive) Tuberkulose vorliegt. Nach einer mehrwöchentlichen Beobachtung wird dann für diejenigen, welche für eine Kur geeignet erscheinen, ein Heilverfahren beantragt; die übrigen werden in anderer Weise weiter behandelt. Auch später werden unsere Patienten, soweit dies möglich ist, weiter verfolgt und die Veränderungen des Krankheitsverlaufes in der Krankengeschichte eingetragen. So kommt es, dass eine Anzahl von Fällen schon 9 Jahre ununterbrochen in ärztlicher Kontrolle stehen.

Sämtliche Patienten der Ortskrankenkasse, die seit Beginn des Jahres 1898 bis 1. Februar 1906 für eine Heilstättenkur vorgeschlagen waren, habe ich in die Bearbeitung einbezogen. Fälle, deren Kur bis 1. Mai 1906 nicht abgeschlossen war, blieben unberücksichtigt. Die Beobachtung sieht also im besten Falle auf 9 Jahre, mindestens aber auf 1 Jahr zurück. Jede willkürliche Auswahl der Fälle ist dadurch ausgeschlossen, dass ich mich streng an das von der Ortskrankenkasse geführte und mir gütigste überlassene Verzeichnis der eingewiesenen Patienten hielt.

Meinem oben vorgelegten Gedanken entsprechend habe ich die Fälle gesondert in Behandelte und Nichtbehandelte. Als behandelt gelten alle, die eine mindestens 6 wöchentliche Behandlung in einer Lungenheilstätte genossen haben, diese Dauer entspricht dem Zeitraum, der auch in den Aufstellungen des Kais. Gesundheitsamtes und der Beiträge Weickers als unterste Grenze gilt. Es sind 407 Fälle mit ebensoviel Kuren, dazu 14 einmalige und 2 doppelte Wiederholungen; also insgesamt 423 Beobachtungen. Die durchschnittliche Kurdauer beträgt 92,8 Tage, steht also noch etwas über dem als notwendig geforderten Zeitraum von 13 Wochen. Die Behandlung fand statt in den Lungenheilstätten: Friedrichsheim, Schömberg, Nordrach, Hornberg, Sandbach, Forbach, Bonndorf, Säckingen, Stammberg, ganz vereinzelt bei eventuellen Wiederholungskuren, dem jeweiligen Wohnsitze entsprechend, noch in anderen Anstalten.

Den Behandelten stelle ich an Nichtbehandelten 166 Fälle gegenüber. Sie setzten sich zusammen: 1. aus jenen Kranken, die weniger als 6 Wochen behandelt wurden, teils weil sie sich dem Heilverfahren entzogen, teils weil sie aus disziplinarischen Gründen entlassen werden mussten, dazu noch 9 Patienten, die, als zu schwer erkrankt, keine Aussicht auf Erfolg boten, insgesamt 24 Fälle. 2. Aus denen, bei welchen eine Kur überhaupt nicht zur Ausführung kam; die Gründe dazu sind: Ab-

lehnung des Antrages durch die Landesversicherung, wegen mangelhafter Versicherung in 51 Fällen, wegen zu vorgeschrittener Erkrankung in 13 Fällen. Den Eintritt verweigerten 38; nicht reisefähig waren 12 Patienten. Der Grund der Ablehnung ist unbekannt in 29 Fällen. Inwieweit sich Behandelte und Nichtbehandelte gleichstehen in Bezug auf die Schwere der Erkrankung, darauf habe ich später noch einzugehen; dass in sozialer Hinsicht, ein bei der Beurteilung der Dauererfolge schwerwiegendes Moment, keine bedeutenden Differenzen bestehen, zeigt die folgende Berufstabelle.

Berufstabelle.

	Be- handelt	Nicht behandelt
M ä n n e r		
Schlosser, Schmiede, Mechaniker, Heizer . . .	43	22
Blechner, Installateur	11	4
Schriftsetzer	11	3
Maler, Tüncher, Lakierer	16	8
Steinhauer	4	4
Gipsler	3	1
Maurer	18	8
Glaser, Glasbläser, Optiker	7	2
Schreiner	22	5
Küfer	2	2
Zimmermann	3	—
Posamentier, Tapezierer	6	3
Stuhlmacher	4	1
Bürstenmacher	5	2
Schuhmacher, Sattler	3	—
Bäcker, Konditor, Müller	6	1
Gerber, Färber	2	2
Zigarrenarbeiter	4	1
Schneider	11	4
Fuhrmann, Packer	12	3
Buchbinder, Kellner	6	4
Friseur	5	1
Kaufmann, Kanzlist	19	17
Hausburschen, Diener etc.	22	10
Gärtner, Tagner, Gelegenheitsarbeiter	29	21
F r a u e n		
Haushälterin, Dienstmagd, Monatsfrau	47	9
Verkäuferin, Buchhalterin	31	6
Packerin, Zeitungsträgerin	7	1
Näherin	14	10
Kellnerin, Büffetfräulein	9	4
Wärterin	5	—
Modistin	2	2
Büglerin	5	1
Wäscherin	2	1
Zigarrenarbeiterin	11	3
Summe	407	166

Bei einer Anzahl von Patienten spielen äussere Schädlichkeiten eine wichtige Rolle. Anorganischem Staub waren ausgesetzt: 86 Behandelte, 41 Nichtbehandelte. Organischem Staub: 51 Behandelte, 17 Nichtbehandelte. Staubgemischen: 12 Behandelte, 4 Nichtbehandelte. Besonders gefährdet waren durch die Möglichkeit der Bleiintoxikation 27 Behandelte und 18 Nichtbehandelte, durch Tabakstaub 15 Behandelte gegenüber 4 Nichtbehandelten. Beruflich bedingte Unregelmässigkeiten der Lebensführung (Kellner, Heizer etc.) lag vor bei 17 Behandelten und 5 Nichtbehandelten.

Einem bei derartigen Zusammenstellungen üblichen Brauche folgend, habe ich das Material nach Stadien eingeteilt. Als Schema habe ich die Turban'schen Stadien gewählt, in der von Weicker formulierten Weise (Beitr. zur Frage der Volkshelstätten IV.). Obwohl es mir durch die oben erwähnte Art der Behandlung und genaue Führung der Krankengeschichten nicht schwer geworden ist, die Fälle zu klassifizieren, bin ich mir wohl bewusst, dass sowohl dieser wie jeder andere Modus der Stadieneinteilung seine grossen Mängel hat, und durchaus nicht ausreicht, um ein vollständig klares Bild hinsichtlich der Schwere der Erkrankung zu liefern; abgesehen davon, dass alle diese Schemata dem subjektiven Ermessen noch einen recht grossen Spielraum bieten, verdienen noch viele Momente, wie die Dauer und vor allem die Art des bisherigen Verlaufes, Ernährungszustand, Charakter, die häuslichen Verhältnisse etc. eine besondere Berücksichtigung, lauter Dinge, die erst recht der Willkür des Beurteilers freien Lauf lassen. Trotzdem glaube ich, dass man den Eindruck gewinnen kann, dass unsere Behandelten ein vorzügliches Heilstättenmaterial vorstellen, eine Tatsache, die auch von den Anstaltsärzten die unsere Kranken in Behandlung nehmen, mehrfach bestätigt wird (vgl. Rumpi, Münch. med. Wochenschr. 1904, No. 38 und Handbuch der chronischen Lungenschwindsucht von Schröder und Blumenfeld). Ein kleiner Bruchteil der Fälle, von denen keine Krankengeschichte vorliegt, musste ohne Angabe des Stadiums geführt werden. Es sind meist solche Patienten, die von anderen, besonders auf den umliegenden Dörfern tätigen Ärzten eingewiesen wurden. Die Fälle sind im allgemeinen schwerer als unsere, was schon daraus hervorgeht, dass ein nicht geringer Teil überhaupt als zu schwer abgelehnt wurde.

Bevor ich die Resultate der Arbeit vorlege, muss ich in Kürze bei dem schwierigsten Punkte der Bearbeitung, nämlich der Art und Durchführung der Kontrolle verweilen: Alle Patienten die in Heidelberg oder der näheren Umgebung ansässig

sind, wurden zur persönlichen Untersuchung und Exploration in die Poliklinik bestellt. Sie sind bis auf einen verschwindenden Bruchteil erschienen. Diese Art der Nachuntersuchung ist der im allgemeinen bei der Aufstellung derartiger Statistiken üblichen und leider auch nicht anders möglichen Methode durch behördliche Recherchen oder Fragebogen deswegen um vieles überlegen, weil die Fehlerquellen dadurch auf das denkbar kleinste Mass beschränkt werden. Es ist eine öfter beobachtete Tatsache, dass gerade Phthisiker ihren Zustand verkennen und darum je nach ihrer Hinneigung zu hypochondrischer oder euphorischer Auffassung ihrer Lage sehr leicht Angaben machen, die den wirklichen Verhältnissen nicht entsprechen, ja ihnen direkt zuwiderlaufen.

Dies illustriert folgende Geschichte: Ueber einen Patienten, dessen Ermittlung mir längere Zeit Schwierigkeiten gemacht hatte, wurde mir von behördlicher Seite die Mitteilung gemacht, dass er vollständig gesund und arbeitsfähig sei; gegenwärtig befinde er sich auf Reisen. Um ein übriges zu tun, verschaffte ich mir die Adresse und schickte ihm einen Fragebogen. Bevor die Antwort eintraf, traf ich zufällig den behandelnden Arzt und erfuhr, dass der Patient an einer febrilen progressiven Phthise leide und seit 2 Monaten arbeitsunfähig sei. Der nunmehr mit Spannung erwartete Fragebogen enthielt die Angabe des Patienten, er sei seit seiner Kur immer gesund und arbeitsfähig gewesen bis jetzt.

In dieser Weise habe ich von meinem Material 213 Fälle, 172 Behandelte und 41 Nichtbehandelte persönlich kontrolliert, also mehr als die Hälfte der Lebenden. Bei den übrigen Patienten, die zu weit entfernt wohnten, blieb mir leider kein anderer Weg als die Uebersendung von Fragebogen. Die Antwort war in den meisten Fällen zweckentsprechend. Wegen der Verstorbenen wandte ich mich an die Standesämter und liess mir Zeit und Ursache des Todes möglichst genau angeben. Diesen, sowie den Polizeimeldestellen, die mich bei der Adressenermittlung vielfach unterstützten, bin ich für ihre Mithilfe zu grossem Dank verpflichtet. Nicht ermittelt sind 52 (9 Proz.) Patienten, diejenigen inbegriffen, welche keine brauchbaren Angaben machten. Ganz ausgeschieden wurden 3 Fälle, von denen einer an akuter Peritonitis nach perforativer Appendizitis, 2 an Suizid gestorben sind.

Mit Rücksicht auf die Frage der Ausheilung tuberkulöser Lungenherde war es interessant die Befunde der Nachuntersuchung mit denen der früheren Untersuchung zu vergleichen. Von den 41 Nichtbehandelten, die zur Kontrolle erschienen waren, hatten zur Zeit, als die Kur stattfinden sollte, keinen Lungenbefund (d. h. nur leichte Veränderungen des Atmungsgeräusches ohne Dämpfung und ohne katarrhalische Erschei-

nungen) 8 Patienten, sicheren Befund 33. Ich fand den objektiven Befund schlechter bei 7, besser bei 5, ohne Befund waren 5 (gegen 8). Von den 172 nachuntersuchten Behandelten hatten bei der Einweisung keinen Befund 21, deutlichen Befund 151. Ich fand den Befund schlechter bei 22, besser bei 49, ohne Befund 52 gegen 21. In 31 Fällen könnte man also hier von einer Heilung resp. Latentwerden des tuberkulösen Prozesses sprechen.

Massgebend für die Beurteilung des Dauererfolges war aber nicht der Lungenbefund, sondern entsprechend dem Ziel, das die Volksheilstätten erstreben, der Zustand der Erwerbsfähigkeit. Als voll erwerbsfähig gelten diejenigen, die mindestens $\frac{2}{3}$ des Jahreseinkommens verdienen, das ihrem Stande und beruflichen Verhältnissen entspricht; als beschränkt erwerbsfähig die zwischen $\frac{2}{3}$ bis $\frac{1}{3}$ und als nicht erwerbsfähig die weniger als $\frac{1}{3}$ dieses Einkommens verdienen; ferner zählen zu der letzten Gruppe die Patienten, die seit mehr als 6 Wochen wegen eines tuberkulösen Lungenleidens keine Arbeit mehr verrichten können. Kranke, die aus anderen Gründen erwerbsunfähig sind, zählen als erwerbsfähig. Eventuell notwendig gewordene Wiederholungskuren zähle ich wie in der amtlichen Statistik als Misserfolge der ersten Kur und führe sie dann als neue Fälle. Für dieses Vorgehen halte ich mich unso mehr berechtigt, als ich feststellen konnte, dass der durchschnittliche Zwischenraum zwischen der ersten und zweiten Kur nicht mehr als 22 Monate betrug, während das Reichsversicherungsamt einen Erfolg erst dann als voll betrachtet, wenn die durch die Kur gewonnene Arbeitsfähigkeit 2—3 Jahre ununterbrochen gedauert hat. Zwar lässt sich auch auf der anderen Seite nicht bezweifeln, dass unter den für eine zweite Kur vorgeschlagenen sich manche finden, die einer Wiederholungskur nicht unbedingt bedürfen, „sondern nach der Heilstätte verlangen, weil sie wissen, dass man dort einige Monate recht gut leben kann“. Sie kommen zum Arzt und zählen die ihnen wohlbekannten Symptome auf, bei der Untersuchung gibt dann ihr chronischer und ganz harmloser Spitzenkatarrh ihren Angaben einen objektiven Stützpunkt und eine neue Einweisung erscheint nicht nur gerechtfertigt, sondern direkt notwendig. Immerhin glaube ich, dass die Zahl dieser Sorte von Patienten, wo eine auch nur kurze Beobachtungszeit gegeben ist, nicht allzugross ist.

Ich lege nun die Zusammenstellung vor, die älteren Jahrgänge habe ich zusammengefasst, weil die geringe Zahl der Fälle eine getrennte Aufstellung nicht lohnte.

Behandelte.

	1898 und 1899					1900 und 1901				
	I. Stadium	II. Stadium	III. Stadium	Stadium unbee-kannt	Summa	I. Stadium	II. Stadium	III. Stadium	Stadium unbee-kannt	Summa
Voll arbeitsfähig ..	3	1	—	—	4	17	1	—	—	18
Davon vorher voll arbeitsfähig...	—	—	—	—	—	—	7	—	—	— 7
Beschränkt arbeitsfähig	2	—	—	—	2	1	—	1	1	3
Kur wiederholt ...	1	1	1	1	4	7	1	—	—	8
Nicht arbeitsfähig bzw. Rente ..	—	—	—	—	—	4	2	—	1	7
Gestorben	3	1	1	1	6	5	5	3	4	17
Summa	9	3	2	2	16	34	9	4	6	53
	1902					1903				
Voll arbeitsfähig ..	41	5	—	3	49	78	5	—	8	91
Davon vorher voll arbeitsfähig...	— 13	—	—	— 1	— 14	— 32	—	—	— 1	— 33
Beschränkt arbeitsfähig	10	—	—	—	10	9	1	1	1	12
Kur wiederholt ...	3	—	—	—	3	6	2	—	1	9
Nicht arbeitsfähig bzw. Rente ..	4	—	—	1	5	4	2	—	1	7
Gestorben	5	—	1	—	6	10	—	1	1	12
Summa	63	5	1	4	73	107	10	2	12	131
	1904					1905 bis 1. Mai 1906				
Voll arbeitsfähig ..	46	4	—	8	58	19	3	—	2	24
Davon vorher voll arbeitsfähig...	— 18	—	—	— 2	— 20	— 4	—	—	—	— 4
Beschränkt arbeitsfähig	6	1	—	—	7	6	1	—	—	7
Kur wiederholt ...	2	2	—	1	5	1	—	—	—	1
Nicht arbeitsfähig bzw. Rente ..	1	—	—	1	2	2	1	—	1	4
Gestorben	3	—	1	—	4	—	—	—	1	1
Summa	58	7	1	10	76	28	5	—	4	37

Diese Aufstellung gibt für die Heilstätten ein günstiges Resultat. Der Prozentsatz der Dauererfolge stimmt im allgemeinen mit den von Seiten der Heilstätten veröffentlichten überein, es stehen im Gesamtdurchschnitt der 9 Jahre 63,2 Proz. voll arbeitsfähige Behandelte gegenüber 47,7 Proz. der Nichtbehandelten, 10,6 Proz. beschränkt arbeitsfähige Behandelte gegenüber 5,9 Proz., Nichtarbeitsfähige bzw. Rentempfänger allerdings 6,8 Proz. gegenüber 5,3 Proz.; dafür aber

11,7 Proz. Verstorbene gegenüber 41,1 Proz.; oder überhaupt Erfolg der Behandelten in 73,8 Proz. der Fälle bei Unterdrückung der Wiederholungen sogar 77,3 Proz. gegenüber

Nicht Behandelte.

	1898 und 1899					1900 und 1901				
	I. Stadium	II. Stadium	III. Stadium	Stadium unbekannt	Summa	I. Stadium	II. Stadium	III. Stadium	Stadium unbekannt	Summa
Voll arbeitsfähig..	4	1	—	—	5	10	1	1	3	15
Beschränkt arbeitsfähig	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—
Nicht arbeitsfähig bezw. Rente...	1	—	1	—	2	—	—	1	—	1
Gestorben	2	6	7	2	17	3	2	3	9	17
Summa	8	7	8	3	26	13	3	5	12	33
	1902					1903				
Voll arbeitsfähig ..	11	1	—	3	15	12	2	—	6	20
Beschränkt arbeitsfähig	1	1	—	—	2	1	1	—	1	3
Nicht arbeitsfähig bezw. Rente...	—	—	—	—	—	2	—	—	1	3
Gestorben	2	—	2	2	6	—	—	—	4	4
Summa	14	2	2	5	23	15	3	—	12	30
	1904					1905 bis 1. Mai 1906				
Voll arbeitsfähig..	6	—	—	2	8	5	—	—	4	9
Beschränkt arbeitsfähig	—	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Nicht arbeitsfähig bezw. Rente...	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
Gestorben	1	1	1	8	11	—	—	—	7	7
Summa	7	1	1	10	19	6	1	—	13	20

53,6 Proz. Diese Nebeneinanderstellung bedarf allerdings noch einiger Erläuterungen bzw. Korrekturen. Bei einer objektiven Prüfung des Materials wird man sich leicht überzeugen, dass unter den nichtbehandelten Patienten die schweren Fälle stärker vertreten sind. Es befinden sich unter ihnen 21 Kranke die wegen zu weit vorgeschrittener Erkrankung von der Behandlung überhaupt ausgeschlossen oder bald nach Beginn derselben zurückgeschickt wurden; sie entstammen mit wenig Ausnahmen der Rubrik „Stadium unbekannt“ und waren von anderen Aerzten eingewiesen; bis auf 2 gegenwärtig Erwerbsunfähige sind alle gestorben, meist noch im selben Jahre.

Gesamtsumme von 1898 bis 1906.
Behandelte.

	I. Stadium	II. Stadium	III. Stadium	Stadium unbekannt	Summa	In Prozent
Voll arbeitsfähig	204	19	—	21	244	63,2
Davon vorher voll arbeitsfähig .	— 75	—	—	— 3	— 78	— 20,2
Beschränkt arbeitsfähig	34	3	2	2	41	10,6
Kur wiederholt	20	6	1	3	30	7,7
Nicht arbeitsfähig bezw. Rente .	15	5	1	5	26	6,8
Gestorben	26	6	6	7	45	11,7
Summa	299	39	10	38	386	100,0
In Prozent vom Ganzen	77,4	10,1	2,6	9,9	100,0	

Nicht Behandelte.

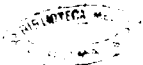
Voll arbeitsfähig	48	5	1	18	72	47,7
Beschränkt arbeitsfähig	4	2	—	3	9	5,9
Nicht arbeitsfähig bezw. Rente .	3	1	2	2	8	5,3
Gestorben	8	9	13	32	62	41,1
Summa	63	17	16	55	151	100,0
In Prozent	41,7	11,3	10,6	36,4	100,0	

Weiter ist zu beachten, dass die dritten Stadien unter den Nichtbehandelten gegenüber den Behandelten prozentuarisch überwiegen und schliesslich, dass unter den Ersten sich 13 befinden, die beim Abruf nicht reisefähig waren. Es dürfte diese letzte Gruppe allein schon genügen, um die Zahl derer zu kompensieren, die vielleicht dem Abrufe deswegen nicht Folge leisteten, weil sie sich gesund fühlten.

Einen bescheidenen, aber immerhin zweifellosen Vorteil der Nichtbehandelten bedeutet die Tatsache, dass ihre Arbeitsfähigkeit 231 Arbeitswochen im Durchschnitt beträgt gegenüber 192 der Behandelten. Diese merkwürdige Erscheinung erklärt sich einfach daher, dass die ehemaligen Heilstättenpflinglinge gelernt haben mit grosser Sorgfalt und Aengstlichkeit auch auf unbedeutende Störungen ihrer Gesundheit zu achten und darum die ärztliche Behandlung und Kassenunterstützung öfter in Anspruch nehmen, als diejenigen, welche eine solche Erziehung in der Heilstätte nicht genossen haben. Ganz besonders möchte ich aber noch zwei Punkte hervorheben: von den 63 Nichtbehandelten des Stadium I. sind 52 = 82,5 Proz. arbeitsfähig, von den 299 Behandelten desselben Stadiums 238 = 79,6 Proz. Es zeigen also die Nichtbehandelten bessere Erfolge als die Behandelten; dass unter der ersten Gruppe zufällig nur „sehr gutartige Fälle“ sein sollten, ist durchaus unwahrscheinlich (vgl. Köhler, Münch. med. Wochenschr.

1903, No. 19). Der andere Punkt wirft ein interessantes Licht auf den vielgebrauchten Ausdruck der „durch die Kur wiedererlangten Erwerbsfähigkeit“. Von den 244 voll erwerbsfähigen Heilstättenpfleglingen erfreuen sich schon vor der Kur 78, also nahezu ein Drittel, der vollen Erwerbsfähigkeit ohne diejenigen in Rechnung zu ziehen, deren Erwerbsfähigkeit vorher nur beschränkt war. Im Hinblick auf diese beiden Tatsachen müssen die Erfolge der Heilstätten in initialen Fällen doch zu Bedenken Anlass geben. Unser Material entspricht den bisherigen Wünschen der Anstaltsärzte wie kaum ein anderes, indem es fast lauter initiale Fälle enthält; daran hat sich aber auch in einem gewissen Grade als richtig erwiesen, was von verschiedenen Seiten schon lange vorausgesehen wurde, dass die Resultate „durch diese Taktik zwar auf dem Papier aber nicht in Wirklichkeit besser werden“. Bei gerechter Würdigung dieser Momente lässt sich nicht leugnen, dass die Dauererfolge der Heilstätten nicht allzusehr von den Resultaten der ambulatorischen Behandlung abstecken.

Diese Beobachtung deckt sich auch grossenteils mit den Ergebnissen, die in früheren Arbeiten niedergelegt sind. Bei Hammer (l. c.) steht einem Erfolg der Behandelten von 74 Proz. ein solcher der Nichtbehandelten von 69 Proz. gegenüber. Es schien mir der Mühe wert, die Fälle von damals, die allerdings anders als diesesmal gruppiert sind, nach 6—9 Jahren für sich getrennt zusammenzustellen und mit dem Ergebnis von damals zu vergleichen. Von den 72 behandelten Patienten sind jetzt noch voll arbeitsfähig 21, beschränkt arbeitsfähig 5, nicht arbeitsfähig 6, gestorben 38 (2 nicht ermittelt). 13 Wiederholungskuren sind unberücksichtigt. Von den 55 Nichtbehandelten machten später noch eine Kur durch 7 (davon 2 tot, 5 arbeitsfähig). Voll arbeitsfähig sind 17, beschränkt arbeitsfähig 3, arbeitsunfähig bzw. Rentempfänger sind 2, gestorben 23 (nicht ermittelt 3). Es steht also sogar einem Erfolg der Behandelten in 37,1 Proz. ein Erfolg der Nichtbehandelten in 44,4 Proz. der Fälle gegenüber. Verstorben sind von ersteren 54,3 Proz., von letzteren dagegen nur 47,9 Proz. Daraus geht hervor, dass weder ein Gewinn an Arbeitsfähigkeit noch an Lebensdauer von der Heilstättenkur für längere Zeit garantiert wird. Zu einem ähnlichen Resultat kommt Stadler (l. c.). Er vergleicht seine Nichtbehandelten des Stadiums I. und II. mit den Kranken Weickers desselben Stadiums aus der Heilstätte Görbersdorf. Seine Zusammenstellung ergibt: „Im ersten Jahre haben Volksheilstätte und Poliklinik dieselbe Zahl ihrer Kranken durch den Tod verloren, nach 2 Jahren ist dagegen die Mortalität der Kranken, welche eine Heilstättenbe-



handlung durchgemacht haben, um 7 Proz., nach 3 Jahren um 10,8 Proz. geringer als bei den poliklinischen Kranken“. Aber „schon im 4. Jahre sind von den Heilstättenkranken 6,3 Proz. mehr als von den poliklinischen verstorben“. Ob die Tatsache, dass kaum ein Fünftel der Behandelten das Leben um 2 Jahre länger gefristet wurde, als den Nichtbehandelten „hoch erfreulich“ sei, lasse ich dahingestellt, angesichts der Tatsache, dass dafür im 4. Jahre die Mortalität der Behandelten um 6,3 Proz. grösser ist. Jedenfalls wird auch hieraus ersichtlich, dass für die Erhaltung des Lebens auf längere Zeit eine Heilstättenkur keine Garantie bietet. Ob dabei der Gewinn an Arbeitsfähigkeit erheblich sein kann, ist wohl kaum die Frage.

Im Gegensatz zu den beiden letztgenannten Autoren hat Burckhardt (l.c.) bessere Resultate. Er stellt 156 Patienten, die im Verlauf von 9 Jahren in der Basler Heilstätte verpflegt wurden, 371 poliklinisch Behandelten gegenüber. Die ersten haben 21,6 Proz. Verstorbene, die letzten 38,3 Proz. Auch stellt sich bei ihm die Arbeitsfähigkeit der Davoser um vieles besser als die der Basler. Seine Aufstellung lässt allerdings einige Einwürfe zu. Abgesehen davon, dass sein Material zu zwei Drittel aus Frauen besteht, die sich in ihren Dauererfolgen vielfach anders verhalten als männliche Kranke, lässt seine Statistik auch dem Bedenken Raum, dass unter seinen Nichtdavosern die vorgerückten Fälle stärker vertreten sind. Burckhardt ging bei seiner Aufstellung in der Weise vor, dass er mit gewissen Einschränkungen nachträglich aus den Krankengeschichten solche Patienten aussuchte und zum Vergleich heranzog, die seinerzeit für eine Kur in Davos geeignet gewesen wären, ob das nachträglich mit genügender Sicherheit sich feststellen lässt, steht dahin; es ist doch auch wahrscheinlich, dass, wenn im Verlaufe von 9 Jahren nur 156 Patienten von 527 die Segnungen einer Heilstättenkur zuteil werden konnte, die bestgeeigneten den Vorzug hatten. Seine Angaben über die Dauer der Erkrankung gestatten kaum einen sicheren Rückschluss auf die Schwere der Fälle. Er selbst vermutet angesichts der Differenz zwischen seinen und Stadlers Resultaten „eine Verschiedenheit des Materials“.

Welche Schlüsse dürfen wir nun aus diesen Untersuchungen und speziell aus unserer Aufstellung ziehen? Ist es wirklich erlaubt aus solchen Ergebnissen, auch wenn sie nicht so glänzend ausfallen, wie man eine Zeitlang mit Sicherheit erwartet hatte, kurzerhand die Heilstätten zu verdammen und ihnen jeglichen Wert abzusprechen? Ich glaube nein. Allerdings erscheint es mit der Zeit immer unwahrscheinlicher, dass die Lungenheilstätten je dazu kommen werden, mit grossen Zahlen einwandfreier Erfolge zu imponieren. Darauf haben

auch weitblickende Anstaltsärzte schon vor Jahren verzichtet (vgl. Wolf: Münch. med. Wochenschr. 1903), dafür werden die Heilstätten ihr Bestreben hauptsächlich darauf richten müssen, im Einzelnen gute Erfolge zu erzielen. Gerade bei einzelnen Fällen, die in grossen Statistiken ganz verschwinden, werden oft überraschend gute Erfolge erzielt. Solche Patienten, die vernünftig genug sind, ihre wiedergewonnene Gesundheit durch eine zweckentsprechende Lebensweise festzuhalten, sind unter der grossen Masse mehr geeignet, durch ihr Beispiel über Prophylaxe und Heilbarkeit der Tuberkulose belehrend zu wirken, als eine Summe populärer Flugschriften und polizeilicher Anordnungen. Derartige Erfolge lassen sich allerdings nicht unmittelbar zahlenmässig aufführen, sie zeigen sich erst nach Jahren, ohne dass ihr Zusammenhang mit der Ursache klar zu Tage tritt. Damit im engsten Zusammenhang steht die schon oben gestreifte Frage nach der Auswahl des einzuweisenden Materials. Gewiss geben die initialen Fälle sehr gute Resultate, dass man aber dazu keine Heilstätten braucht, geht aus unserer Tabelle hervor. Behandelte und Nichtbehandelte des ersten Stadiums haben mindestens gleich gute Resultate. Darnach muss es doch als irrationell erscheinen, auf die Einweisung initialer Fälle so grosses Gewicht zu legen; wenn man den zweiten und dritten Stadien mehr Platz einräumen wollte, so wäre mehr Gelegenheit gegeben, Erfolge der oben beschriebenen Art zu erzielen; allerdings müsste dann den Heilstätten mehr Freiheit in Bezug auf die Kurdauer belassen werden, so dass es nicht nötig wäre, sich mit halben Erfolgen zu begnügen. Diese werden doch bald wieder eingerissen und Mühe und Kosten waren umsonst. Eine sichere Garantie für den Bestand dessen, was die Heilstätten erreichen, besteht aber erst dann, wenn durch eine Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse, vor allem durch eine zielbewusste Wohnungsreform die notwendigen Vorbedingungen erfüllt sind. Dann werden sich auch die Volksheilstätten ihrer hohen Aufgabe der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit gewachsen zeigen. Der jetzt so stark hervortretende Pessimismus ist zwar als Reaktion auf die hochgespannten Erwartungen natürlich, aber unberechtigt und die „Krisis“, wenn man das Wort doch einmal gebrauchen will, wird überwunden werden.

Zum Schlusse erfülle ich die Ehrenpflicht, Herrn Geheimrat F l e i n e r für die Ueberlassung des Materiales und für sein stetiges freundliches Interesse und Herrn Prof. H a m m e r für die Anregung und tatkräftige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen wärmsten Dank abzustatten.

Lebenslauf.

Karl Croissant, evangelischer Konfession, bayerischer Staatsangehöriger, geboren am 28. Januar 1882 zu Edenkoben in der Rheinpfalz als Sohn des im Jahre 1902 verstorbenen Gutsbesitzers Nikolaus Croissant und seiner Ehefrau Katharina, geborene Mank.

Ich besuchte in Edenkoben die Volksschule bis zu meinem 10. Lebensjahre. Dann wurde mir eine humanistische Bildung zu teil: 6 Jahre lang im Progymnasium zu Edenkoben, 3 Jahre lang im Gymnasium zu Landau. Mit 19½ Jahren bezog ich die Universität München und widmete mich von meinem ersten Semester an dem Studium der Medizin. Am Schlusse des fünften Semesters bestand ich die medizinische Vorprüfung. Im 6. Semester genügte ich der ersten Hälfte meiner militärischen Dienstpflicht. Dann verliess ich München und wandte mich im folgenden Semester, dem Wintersemester 1904/05 nach Berlin; hier blieb ich nur ein Semester. Dann ging ich nach Heidelberg, um meine Studien hier zu vollenden. In meinem 11. Semester, dem Wintersemester 1906/07, unterzog ich mich in Heidelberg mit Erfolg der medizinischen Staatsprüfung. Seit 14. Januar 1907 Medizinalpraktikant, war ich zunächst an der medizinischen Poliklinik zu Heidelberg bis 24. Juni tätig; seither bin ich in gleicher Eigenschaft an der Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch in Stellung.

Wiesloch, den 12. Juli 1907.



