ETH zürich

ETH Library

Die Tuberkulosefürsorge in der Schweiz

Doctoral Thesis

Author(s):
Baumann, Hans

Publication date:
1937

Permanent link:
https://doi.org/https://doi.org/10.3929/ethz-a-000098746

Rights / license:
In Copyright - Non-Commercial Use Permitted

This page was generated automatically upon download from the ETH Zurich Research Collection.
For more information, please consult the Terms of use.

DIE TUBERKULOSEFÜRSORGE IN DER SCHWEIZ

Von der
Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich
zur Erlangung der
Würde eines Doktors der Naturwissenschaften
genehmigte

PROMOTIONSARBEIT

vorgelegt von

HANS BAUMANN
dipl. Apotheker
aus Leutwil (Aargau) und Zürich

Referent: Herr Prof. Dr. W. von Gonzenbach
Korreferent: Herr Prof. Dr. E. Haemig

ZÜRICH 1937
ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI

Inhaltsverzeichnis.

Einleitung 1

I. Kapitel: Das Tuberkulose-Fürsorgewesen und die Fürsorgestellen in der Schweiz 3

1. Historische Entwicklung 3
2. Heutige Organisation der antituberkulösen Ligen und Vereinigungen . . 6
3. Ärztlich und nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen 15
4. Fürsorgerinnen 18
5. Tätigkeit und Leistungen der Fürsorgestellen 19

a) Die Zahl der Befürsorgten 19
b) Die Zahl der Neuaufnahmen 23
c) Ärztliche Untersuchungen 27
d) Die Zahl der bekannten Tuberkulose-Todesfälle 29
e) Beratung 32
f) Vermittlung und Finanzierung von Sanatoriumskuren 34
g) Wirtschaftliche Hilfe — Unterstützung durch Sachleistungen 38

1. Ausleihen von Betten und Wäsche 39
2. Abgabe von Kleidern und Wäsche 40
3. Abgabe von Spucknäpfen und Fieberthermometern 41
4. Abgabe von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln 41
5. Besorgung der Wäsche 41
6. Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln 42
7. Wohnungssanierung — Mietzinszuschüsse 43
8. Haushaltungshilfe 43
9. Barunterstützung 43

h) Nachgehende Fürsorge — Heimbesuche 44
i) Umgebungsuntersuchungen 46
k) Reihendurchleuchtungen 48
l) Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung 50
m) Aufklärung 51
n) Finanzierung 51
o) Berichterstattung 55

6. Zusammenfassung des I. Kapitels 55

II. Kapitel: Statistik der Tuberkulose-Sterblichkeit 57

III. Kapitel: Versuch, die Wirksamkeit der Tuberkulosefürsorge statistisch nachzuweisen 65

IV. Kapitel: Vorschlag zu einer einheitlichen Berichterstattung 72

Literaturverzeichnis 76

Einleitung.

Als die guten Einflüsse des Höhenklimas bei der Heilung der Tuberkulose einmal bekannt waren, entstanden im Kanton Graubünden die ersten Sanatorien. Bald wurde auch die Forderung aufgestellt, für die minderbemittelten Kranken Volksheilstätten zu gründen, von denen man nicht nur die Ausheilung zahlreicher Tuberkulöser, sondern auch die allmähliche Ausrottung dieser Seuche erhoffte. Wenn wir auch heute unsere Heilstätten nicht mehr missen könnten, so hat sich doch diese optimistische Ansicht leider nicht bewahrheitet. Wohl ist die Heilstätte auch heute noch ein sehr wichtiger Faktor im Kampf gegen die Tuberkulose, aber zur Ausrottung der Krankheit kann sie allein nicht genügen.

Aus der Erkenntnis, daß der Tuberkulose als einer chronischen Infektionskrankheit nur nach den Prinzipien der Seuchenbekämpfung wirksam entgegengetreten werden kann, gründete Sir Robert Philip, Professor an der Universität in Edinburg, im Jahre 1887 die erste Organisation zur Bekämpfung der Tuberkulose. Dieses erste „Tuberculosis Dispensary" zog bald andere „dispensaries" in Schottland und England nach sich. Erst im Juli 1900 wurde als erste auf dem Kontinent eine Fürsorgestelle in Lüttich ins Leben gerufen, der 1901 das „dispensaire antituberculeux" von Calmette in Lille folgte. Solche Fürsorgestellen für Lungenkranke entstanden nun in den nächsten Jahren in rascher Folge auch in andern Städten und Ländern.

Es ist nicht verwunderlich, daß sich in der Schweiz der Ausbau des Tuberkulose-Fürsorgewesens nicht zentralisiert durchführen ließ, sondern daß sich diese Bestrebungen in allen Landesteilen unabhängig voneinander bildeten. Alle heutigen Organisationen verdanken ihre Existenz aber vollkommen der privaten Initiative. Jede Landesgegend hat daher ihre eigene Geschichte im Kampf gegen die Tuberkulose.

Wir wollen uns in dieser Arbeit damit befassen, die Leistungen der Fürsorgestellen zusammenzustellen und nach einzelnen Gesichtspunkten kritisch zu betrachten (Kap. I). Nach einer Darstellung des Rückganges der Tuberkulose-Sterblichkeit (Kap. II) wollen wir versuchen zu zeigen, ob und in welchem Maß all diese Fürsorgetätigkeit von Erfolg gekrönt ist, mit andern Worten:

wir wollen uns die Frage vorlegen, ob überhaupt diese Tätigkeit ihren Anteil am Rückgang der Tuberkulose-Sterblichkeit hat, oder ob dieser Rückgang lediglich auf andern Faktoren beruhe (Kap. III). Das Kapitel IV wollen wir der Berichterstattung der antituberkulösen Organisationen widmen.

Da die Fürsorgestellen in den meisten Fällen keine selbständigen Institutionen sind, sondern die Organe von Fürsorgevereinen, kantonalen oder regionalen Ligen etc., müssen wir in erster Linie diese Vereine, welche als Träger von Fürsorgestellen in Frage kommen, betrachten. Wir haben uns die Aufgabe gestellt, unserer Arbeit in der Hauptsache die Jahresberichte der verschiedenen antituberkulösen Vereinigungen zu Grunde zu legen. Da diese Jahresberichte von Ort zu Ort sehr verschieden abgefaßt sind und nicht überall die gesuchten Angaben enthalten, und da ferner die Berichte nicht lückenlos erhältlich waren, haben wir uns bemüht, durch briefliche Anfragen die Lücken zu ergänzen. Es ist mir daher nicht möglich, allen denen, die ihren Teil zu dieser Arbeit beigetragen haben, an dieser Stelle einzeln zu danken. Alle können aber meines besten Dankes versichert sein. Besondern Dank aber schulde ich vor allem meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. W. von Gonzenbach, der mich zu dieser Arbeit angeregt hat und mir mit Rat und Tat zur Verfügung gestanden ist. Auch Herrn Dr. med. E. Bachmann, Präsident der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose, schulde ich aufrichtigen Dank für seine Anregungen und Auskünfte.

I. Kapitel.

Das Tuberkulose-Fürsorgewesen und die Fürsorgestellen in der Schweiz.

Historische Entwicklung.

Vor 1900 besaß die Schweiz ungefähr 20 Vereinigungen, die sich die Aufgabe stellten, die Tuberkulose zu bekämpfen. Nur einige wenige davon schickten scrofulöse Kinder in Bäder, alle andern widmeten sich ausschließlich der Gründung und dem Unterhalt von Heilstätten. Wir können somit unsere Übersicht mit der Gründung der „Schweizerischen Zentralkommission zur Bekämpfung der Tuberkulose" beginnen. Diese Gesellschaft wurde im Jahre 1902 ins Leben gerufen mit dem Zweck, alle der Abwehr der Tuberkulose gewidmeten Bestrebungen der Schweiz zusammenzuschließen und zu fördern. So wurden dann nicht nur die ärztlichen Leiter schweizerischer Volksheilstätten, wie das ursprünglich geplant war, sondern auch andere Ärzte und sonstige, für die Tuberkulosebekämpfung sich interessierende Personen in diesen Verband aufgenommen. Da es sich bei dieser Zentralkommission nicht um einen Ausschuß von Abgeordneten, sondern um eine freie Vereinigung handelte, wurde dieser irreführende Name 1919 abgeändert in „Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose". Diese Vereinigung war es, die einen starken Impuls gab, indem sie sich bemühte, in den Kantonen Vereinigungen ins Leben zu rufen, die sich der Tuberkulose an ihren Entstehungsherden annehmen sollten. Diese Bemühungen blieben nicht ohne Erfolg, denn schon 1904 entstand die erste Vereinigung dieser Art, die „Solothurnische Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose", hervorgegangen aus der tatkräftigen Initiative von Dr. A. Christen in Olten. Aus dem ersten Jahresbericht der Solothurner Frauenliga sehen wir, daß der Aufklärung große Bedeutung zugesprochen, daß an Heilstättepatienten und ihre Angehörigen Geldunterstützungen verabfolgt, daß ferner Desinfektionen vorgenommen wurden. Über eine Fürsorgestelle verfügte die Frauenliga anfänglich noch nicht, hingegen wurden Bezirkskomitees geschaffen und Vertrauenspersonen in den einzelnen Gemeinden bestimmt.

Ins gleiche Jahr fällt auch die Gründung der Bezirksliga Neuenburg. Nach zwei von der Studentenschaft durchgeführten Sammlungen waren die nötigen finanziellen Mittel für die Gründung einer Fürsorgestelle beisammen und am 15. Februar 1906 wurde die erste Fürsorgestelle für Tuberkulöse der Schweiz in Neuenburg eröffnet.

Der Internationale Tuberkulose-Kongreß von Paris 1905 stellte die Idee der Fürsorgestelle, nach dem Vorbild von Calmette in Lille, den Kongreßteilnehmern in den Mittelpunkt der Tuberkulosebekämpfung. Es war auf der Rückreise von Paris, als Genfer Ärzte sich zur Gründung einer Fürsorgestelle entschlossen. Im gleichen Jahr stellt die Zentralkommission ein Arbeitsprogramm auf, das die Maßnahmen zur Aufklärung des Publikums, zur

Verhütung der Tuberkulose bei Gesunden, sowie zur Bekämpfung der entwickelten Krankheit aufzählt. Da die Bekämpfung der Tuberkulose sich in der Wohnung des Kranken selbst auswirkt, sahen die Frauenvereine ein Tätigkeitsfeld vor sich, das sich sehr gut mit den schon bestehenden sozialen Frauenwerken in Einklang bringen ließ. Sie versprachen deshalb der Zentralkommission ihre warme Unterstützung. Der größte Frauenverein, der Schweizerische Gemeinnützige Frauenverein, organisierte in diesem Jahr, mit der Sektion Bern beginnend, eine Hauspflege für die zu Hause verbliebenen Tuberkulösen. Auch unabhängig vom gemeinnützigen Frauenverein bildeten sich in der Folge Frauenligen, die den Kampf gegen diese Volksseuche tatkräftig an die Hand nahmen. Auch dort, wo dieses Tätigkeitsgebiet von andern Organisationen ausgeführt wird, werden wir noch oft die Frauenvereine als energische Unterstützer der Tuberkulosefürsorge antreffen.

Wie wir schon gesehen haben, hat die Fürsorgestelle Neuenburg zu Anfang des Jahres 1906 ihre Pforten geöffnet. Aber Neuenburg blieb nicht allein. Das Jahr 1906 ist in der Entwicklung der Tuberkulosefürsorge ein wichtiger Markstein, denn in diesem Jahre wurden, neben acht Fürsorgevereinen, die ersten vier Fürsorgestellen unseres Landes eröffnet. Diese Fürsorgestellen in Neuenburg, Genf, Lausanne-Poliklinik und Bern wurden gleich von Anfang an ärztlich geleitet. Die acht Fürsorgevereine sind: die Liga von Freiburg, welche aber später wieder eingegangen ist, diejenigen von Waadt und Bezirk Boudry, die Tuberkulose-Kommissionen der gemeinnützigen Gesellschaften der Kantone Glarus und Zug, die Luzerner Frauenliga als Sektion des Luzerner gemeinnützigen Frauenvereins und ferner die Frauenvereine in Bern und Biel. Der gemeinnützige Frauenverein Bern stellte sich sofort in rege Verbindung mit der Fürsorgestelle und übernahm die Wäschebesorgung, die Kleider- und Wäschebeschaffung, sowie die Unterstützung der zu Hause verpflegten Kranken. Ähnlich die Waadtländer Liga. Die Fürsorgestelle in Lausanne, die vom Direktor der Universitätsklinik gegründet wurde, blieb ganz selbständig, die Liga sah aber in der Fürsorgestelle bald das ausführende Organ für die Stadt Lausanne und lieh ihr in der Folge finanzielle Unterstützung. Schon im nächsten Jahr sehen wir in Lausanne die zweite Fürsorgestelle entstehen, diejenige der Krankenpflegerinnenschule „La Source". Die Gründung von Fürsorgestellen bleibt aber nicht bei den großen Städten stehen, denn im Jahre 1907 eröffnete die Bezirksliga Boudry ihre ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Colombier. Auch in Rapperswil entsteht selbständig eine Tuberkulose Kommission mit einer nicht ärztlich geleiteten Fürsorgestelle. Die Entwicklung der Tuberkulose-Fürsorgestellen, die im Südwesten unseres Landes begonnen hat, zieht sich nun rasch nach der Nordostschweiz und so sehen wir im Jahre 1908 in Zürich eine Fürsorgestelle entstehen. Auch hier waren es wieder die Frauen, die dieses Werk gründeten, nämlich der gemeinnützige Frauenverein von Zürich. Später ging dann die Fürsorgestelle

in die Hände einer Tuberkulose-Kommission über, die 1910 noch eine zweite Fürsorgestelle in Betrieb setzte. Auch die Gründung der Ligen von Schaffhausen und St. Gallen fällt ins Jahr 1908. Schon im nächsten Jahr eröffnete die Liga von Schaffhausen ihre ärztlich geleitete Fürsorgestelle. Auch diejenigen von Winterthur und Dietikon entstehen. Verschiedene Tuberkulose-Hilfsvereine, die schon bedeutend früher gegründet wurden, die sich aber bis anhin in der Hauptsache mit der Geldbeschaffung für die Gründung und den Betrieb einer kantonalen Volksheilstätte befaßten, haben in der Zwischenzeit auch angefangen, sich direkt der Kranken anzunehmen. Hier sind in erster Linie zu erwähnen: der schon 1896 gegründete „Basler Hilfsverein für Brustkranke" und der „Verein für ein Luzerner Lungensanatorium" (1901).

Nun bringt uns jedes Jahr weitere Gründungen von Ligen und Fürsorgestellen und es kann nicht unsere Aufgabe sein, in dieser kurzen historischen Übersicht diese alle zu erwähnen. Wir werden im folgenden Abschnitt bei der Besprechung der heutigen Organisation die Gründungsjahre der einzelnen Institutionen angeben.

Wir wollen uns jetzt nur noch mit solchen Tatsachen befassen, die den Kampf gegen die Tuberkulose vom gesamtschweizerischen und nicht vom kantonalen Gesichtspunkt aus unterstützen, und ferner mit solchen Neuerungen, die der ganzen Tuberkulosebekämpfung neue Wege eröffnen. Hier muß vor allem die Arbeit der schon erwähnten „Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose", vormals „Schweizerische Zentralkommission zur Bekämpfung der Tuberkulose", gestreift werden. Diese Gesellschaft gab vom Jahre 1906 an regelmäßige Jahresberichte heraus, denen seit 1910 als Beilage zum Bulletin des Eidgenössischen Gesundheitsamtes die Zeitschrift „Gegen die Tuberkulose" folgte. Dieses Organ, das sämtlichen Ärzten, Gesundheitsbehörden, sowie Heil- und Pflegeanstalten der Schweiz unentgeltlich zugesandt wird, berührt alle Fragen, die die Tuberkulosebekämpfung betreffen, und es war daher berufen, weite Kreise für diesen Kampf zu interessieren und zur Gründung von antituberkulösen Vereinigungen anzuregen. Auch der Verkehr mit den Behörden wird durch die „Vereinigung" aufrechterhalten und es ist nicht zuletzt das Verdienst dieser Gesellschaft, daß die Eidgenossenschaft seit 1922 an die antituberkulösen Organisationen eine jährliche Subvention ausbezahlt. Auch das „Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose" vom 13. Juni 1928 wurde jahrelang vor seinem Inkrafttreten im Schoße der „Vereinigung" lebhaft diskutiert und diesbezügliche Wünsche und Anregungen den verantwortlichen Instanzen vorgelegt. Bereits hat dieses Gesetz begonnen, seine Früchte zu zeitigen, indem in verschiedenen Kantonen der Kampf gegen die Tuberkulose viel straffer geworden ist. Die Auswirkung dieses Gesetzes für die ganze Schweiz wird aber erst in einigen Jahren vollständig spürbar sein, da bis heute noch nicht alle Kantone ihre kantonalen Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetz aufgestellt haben. (Der Bundes-

rat hat bis zum 26. Januar 1933 die Ausführungsbestimmungen der 15 folgenden Kantone genehmigt: Zürich, Bern, Luzern, Obwalden, Nidwalden, Freiburg, Baselstadt, Appenzell A. Rh., St. Gallen, Aargau, Thurgau, Waadt, Wallis, Neuenburg und Genf.)

Heutige Organisation der antituberkulösen Ligen und Vereinigungen.

Wie wir schon gesehen haben und weiterhin noch sehen werden, kann man in der Schweiz nicht von einer Einheitlichkeit in der Tuberkulosebekämpfung sprechen. Im Gegenteil machen sich die lokalen Verschiedenheiten, die Gegensätze der Lebensgewohnheit, der Denkungsart und der Konfession auch in der Tuberkulosebekämpfung stark bemerkbar. Eine Vereinheitlichung in verschiedenen noch zu behandelnden Punkten wäre aber sehr wünschenswert und könnte dem gemeinsamen Ziele nur nützen. Es hat denn auch an Bemühungen zu einer stärkeren Zentralisation nicht gefehlt, und hier ist es vor allem wieder die „Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose", die solche Schritte — meist ohne großen Erfolg — unternommen hat.

Auf der andern Seite wollen wir aber nicht vergessen, daß unsere föderalistischen Gewohnheiten, unsere Vorliebe für Dezentralisation uns hier — wenigstens im allgemeinen — nicht geschadet haben, denn es konnte so ein Wettstreit zwischen den Kantonen entstehen, indem das Vorbild eines Kantons anspornend auf die andern wirkt. Eine gute Erfahrung, die an einem Ort gemacht wird, wird mit der Zeit auch an andern Orten Eingang finden. Die Bemühungen zu einer Zentralisation waren nicht ganz vergebens, da die örtlichen Vereinigungen durch diese Anstrengungen zu stärkerer Aktivität angespornt wurden.

Wir geben im folgenden eine orientierende Zusammenstellung der antituberkulösen Vereinigungen der Schweiz nach Kantonen geordnet mit kurzer Beschreibung der Organisation der betreffenden Vereine. Da unser Interesse den Fürsorgestellen gehört, befassen wir uns — mit Ausnahme der „Schweizerischen Vereinigung" als Dachorganisation — nur mit solchen Vereinen, die eine oder mehrere Fürsorgestellen betreiben oder durch ihre Mithilfe *direkt* unterstützen. Nicht befassen werden wir uns daher mit solchen Organisationen, die von den Fürsorgestellen *in bestimmten Fällen* um Hilfe angegangen werden können, wie zum Beispiel die Stiftung „Pro Juventute" für Unterstützungen tuberkulöser oder tuberkuloseverdächtiger Kinder oder der „Hilfsbund für Lupuskranke" zur Unterstützung unbemittelter Lupuskranker, u. a. m.

Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose (1902).

Dachorganisation der antituberkulösen Vereinigungen der Schweiz. Propagandazentralstelle für die ganze Schweiz. Sitzungen mit Verhandlungen

über wissenschaftliche Forschung und sozialhygienische Maßnahmen. Vertretung der Schweiz an internationalen Tuberkulose-Kongressen. Verkehr mit den Behörden. Unterhält den sogen. Koch-Brunner-Fonds zur Unterstützung von Spital- und Sanatoriumspatienten in solchen Fällen, „in denen keine kantonale Tuberkuloseliga gestützt auf die Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose und den kantonalen antituberkulösen Organisationen betreffend Fürsorgemaßnahmen auf Grundlage des Wohnsitzprinzips in Anspruch genommen werden kann, oder wenn in einem Fall eine kantonale Liga über ihre Kräfte beansprucht wird.“ (1)

Zürich. Zürcher kantonale Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1909).

Kantonales Sekretariat ständig und besoldet, befaßt sich mit Aufklärung, Arbeitsvermittlung und direkt mit der Fürsorge für solche Fälle, die besonders schwierig und zeitraubend sind. Sekretariate der Tuberkulose-Kommissionen Zürich-Stadt und Winterthur. Propagandistische und fürsorgerische Arbeit. Arbeitsvermittlung.

Die Liga ist über den ganzen Kanton aufgeteilt in 66 Sektionen (bezirks- oder gemeindeweise organisiert), die als nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen betrachtet werden können.

Ärztlich geleitete Fürsorgestellen in

Zürich Kernstraße (1908)	seit I. 1935 vereinigt, Badenerstraße	
„ Hallenstraße (1910)		
Winterthur (1909)	Horgen (1922)	Uster (1926)
Dietikon (1909)	Männedorf (1923)	Rüti (1930)
Adliswil (1913)	Bauma (1926)	Wetzikon (1930)
Affoltern (1913)	Pfäffikon (1926)	

Die vier Fürsorgestellen in Pfäffikon, Rüti, Uster und Wetzikon wurden 1930 der ärztlichen Leitung des Chefarztes des Sanatoriums Wald, Dr. Deiß unterstellt, der nach einem Turnus an diesen vier Orten Fürsorgesprechstunden hält.

Die Liga unterhält seit 1932 die Arbeitsheilstätte Appisberg (Männedorf).

Bern. Bernische Liga gegen die Tuberkulose (1930).

Die Liga wurde gegründet, um die verschiedenen lokalen Tuberkulose-Hilfswerke zusammenzufassen und auf den ganzen Kanton auszudehnen. Sie befaßt sich hauptsächlich mit der Gründung von bezirksweise organisierten nicht ärztlich geleiteten Fürsorgestellen. Unterstützungsfonds der Liga für unbemittelte Kranke, in den Kantonsteilen, die einer regionalen Fürsorgestelle noch ermangeln. Für die chirurgisch-tuberkulösen Patienten stehen durch Vermittlung der Liga Mittel des „Kantonalbernischen Hilfsbundes zur Bekämpfung der chirurgischen Tuberkulose“ (1921) zur Verfügung. Ständiges Sekretariat in Bern.

Alle als Träger der Fürsorgestellen funktionierenden Fürsorgevereine sind selbständig und als Korporativmitglieder der Liga angeschlossen. (Also nicht Sektionen der Liga). Ärztlich geleitet sind die Fürsorgestellen von Bern-Stadt (1906), betrieben vom „Fürsorgeverein für tuberkulöse Kranke der Stadt Bern" in Zusammenarbeit mit der Tuberkulose-Kommission der Sektion Bern des schweizerischen gemeinnützigen Frauenvereins und Thun-Stadt (1910, neu organisiert 1930), betrieben vom „Fürsorgeverein für tuberkulöse Kranke der Stadt Thun". Vor Gründung der Liga bestanden bezirksweise organisierte nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen für die Bezirke Courtelary in St-Imier (1926), für die Bezirke Wangen, Aarwangen und den Spitalkreis Huttwil in Langenthal (1929), betrieben durch den Zweigverein Oberaargau des Roten Kreuzes, und in Laufen (1929). Die verschiedenen lokalen Vereine, die sich mit der Bekämpfung der Tuberkulose befaßten, wurden durch die Liga eingeladen, ihre Tätigkeit nach bestimmten Richtlinien für den ganzen Bezirk auszubauen. Das Bestreben der Liga geht dahin, für jeden Amtsbezirk eine Fürsorgestelle zu schaffen oder kleinere Bezirke zu einem Fürsorgekreis zusammenzufassen und einer Fürsorgestelle anzuschließen. Die Bestrebungen der Liga blieben nicht ohne Erfolg, denn von den 30 Amtsbezirken des Kantons besaßen Ende 1933 — drei Jahre nach Gründung der Liga — 23 Bezirke mit ca. 560 000 Einwohnern ihre Tuberkulose-Fürsorgestelle, während in 7 Bezirken mit ca. 135 000 Einwohner (Biel, Burgdorf, Fraubrunnen, Laupen, Oberhasle, Schwarzenburg und Seftigen) die Organisation noch fehlte.

Die Liga unterhält seit 1. Juni 1933 eine zentrale Kurnachweisstelle. Durch diese beachtenswerte Neuerung können die Wartefristen auf den Sanatoriumseintritt nach Möglichkeit abgekürzt werden. Durch ein einheitliches Kostgeld aller Tuberkuloseanstalten (Sanatorium Heiligenschwendi, Tuberkulose-Pavillons der Bezirksspitäler usw.) ist nun auch die bessere Möglichkeit der Auslese der für eine Sanatoriumskur geeigneten Kranken und ferner die Möglichkeit von Wechselkuren gegeben.

Luzern. Verein für ein Luzerner Lungensanatorium (1901). Luzerner Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1906).

Seit 1910 befaßt sich der Sanatoriumsverein mit der Fürsorge im Sinne der Ligen, in der Hauptsache aber mit der Kurversorgung von Lungenkranken. Der Verein unterhält seit 1923 eine kantonale nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Luzern. Korrespondenten in den einzelnen Gemeinden.

Die Frauenliga überweist lungenkranke Sanatoriumspatienten an den Sanatoriumsverein und befaßt sich hauptsächlich mit der Fürsorge von Chirurgisch-tuberkulösen und von verdächtigen und gefährdeten Kindern. Sie betreibt das Kindererholungsheim Sommerau ob Sarnen. Sekretariat in Luzern.

Uri. Urnerische Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Unterhält noch keine Fürsorgestelle. „Die Vereinigung hat bisher aus ökonomischen Gründen von der Herausgabe von Jahresberichten abgesehen. Das Fürsorgewesen hat noch stark provisorischen Charakter und kann erst nach finanziellem Erstarken der Vereinigung eine besser organisierte Durchführung erhalten." (Persönliche Mitteilung.)

Schwyz. Schwyzerische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1926).

Hervorgegangen aus der Liga für den Bezirk Schwyz (1919). Drei nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen, die den ganzen Kanton umfassen, in Schwyz, Lachen und Einsiedeln.

Obwalden. Tuberkulose-Fürsorgeverein Obwalden (1929).

Nicht ärztlich geleitete, kantonale Fürsorgestelle in Sachseln. In allen Gemeinden des Kantons Vertrauenspersonen.

Nidwalden. Kantonale Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose (1927).

Ist eine Unterabteilung des kantonalen Wohltätigkeitsvereins. Nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Stans. Ehemalige Hospitantin einer sozialen Frauenschule besorgt den Fürsorgedienst für den ganzen Kanton.

Glarus. Tuberkulose-Kommission der gemeinnützigen Gesellschaft des Kantons Glarus (1906).

20 selbständige, nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen in den verschiedenen Gemeinden, welche durch die Kommission unterstützt werden. Seit 1922 unterhält die Kommission eine ärztlich geleitete Fürsorgestelle im Kantonsspital (sogen. Tuberkulose-Poliklinik), die einmal im Monat geöffnet ist und vom Chefarzt des Sanatoriums Braunwald geleitet wird.

Zug. Frauenliga im Kanton Zug zur Bekämpfung der Tuberkulose (1911). Kantonale Tuberkulose-Kommission der gemeinnützigen Gesellschaft (1906).

Die Frauenliga unterhält in allen größeren Gemeinden Fürsorgeausschüsse. Ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Zug (1918), welche in der Hauptsache von diesen beiden Vereinen finanziert wird.

Freiburg. Ligue Fribourgeoise contre la Tuberculose (1906, Neugründung 1916).

Die Liga unterhält ein ständiges Sekretariat, das sich direkt mit der Fürsorge im Kanton befaßt. Ärztlich geleitete Fürsorgestelle im Kantonsspital in Freiburg. Zwei Fürsorgerinnen für den ganzen Kanton. Die eine ist in der Fürsorgestelle tätig und besorgt den Dienst für die Stadt Freiburg, die andere wohnt in Bulle und besorgt seit 1928 den Dienst für die beiden Bezirke Gruyère und Veveyse. In den übrigen Bezirken keine Fürsorgerinnen.

Die Liga betreibt ein Heim für schwächliche und gefährdete Kinder in Pringy.

Solothurn. Solothurnisch kantonale Liga gegen die Tuberkulose (1933) durch Zusammenschluß der „Soloth. Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose" (1904) und der „Soloth. Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose" (1922).

Bis zu dieser Neuorganisation ist die Frauenliga die Trägerin der eigentlichen Fürsorge. Sie ist in 25 Sektionen (Kreis- und Gemeindefürsorgekommissionen) eingeteilt, die eine oder mehrere Gemeinden, ganze Bezirke oder Teile von solchen umfassen.

Nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen in

Grenchen	Balsthal	Schönenwerd
Dornach	Leimenthal (Bättwil)	Breitenbach

Ärztlich geleitet sind die Fürsorgestellen in Solothurn (1913, die ärztlichen Sprechstunden wurden zeitweise aufgehoben und erst 1933 wieder eingeführt) und Olten (1923, ärztliche Leitung seit 1927).

Mit Ausnahme der Gemeinden der Bezirke Bucheggberg und Dorneckberg sind alle Gemeinden des Kantons in Fürsorgekreisen einer Fürsorgestelle angeschlossen. Die „Vereinigung", welche sich nur mit Propaganda, Geldbeschaffung, Gründung und Förderung von Fürsorgestellen befaßt, unterhält gemeinsam mit der „Frauenliga" die Fürsorgestelle Olten. Die „Vereinigung" hat keine Personen, nur Gemeinden als Mitglieder. Geschäftsstelle in Olten.

Die Fürsorgestelle Solothurn betreibt seit 1926 die Walderholungsstätte „Sunneschyn" für erholungsbedürftige Frauen und Kinder. Tags- oder Halbtagskuren.

Basel-Stadt. Baselstädtische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1896, bis 1922 Basler Hilfsverein für Brustkranke genannt). Tuberkulose-Fürsorgestelle Basel (1911). Katholischer Hilfsverein zur Bekämpfung der Tuberkulose (1927).

Die ärztlich geleitete Fürsorgestelle steht nicht im direkten Zusammenhang mit der Liga, wohl wird aber ein großer Teil von deren Einkünften an die Fürsorgestelle abgegeben.

Die Liga befaßte sich früher parallel neben der Fürsorgestelle mit der aktiven Fürsorgetätigkeit, so mit der Bewilligung von Gesuchen um Beiträge an Kuraufenthalte und Verpflegungskosten. Im Jahre 1932 wurde diese Tätigkeit der Fürsorgestelle überwiesen, sodaß die Aufgabe der Liga heute in der Besorgung der finanziellen Verwaltung, im Verkehr mit den Behörden und in der Beschaffung der finanziellen Mittel besteht. Die Liga zahlt direkte Beiträge an die Basler Heilstätte für Unterstützungen an Patienten, für Unterhaltungsabende, Bibliothek usw., ferner Beiträge an Betriebsdefizite.

Der katholische Hilfsverein, als Sektion des katholischen Frauenbundes Basel, beschränkt sich darauf, die Mittel zu sammeln, um bedürftigen Patienten Kuren und Erholungsaufenthalte in katholischen Sanatorien zu ermöglichen.

Basel-Land. Basellandschaftliche Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1911)

Besoldetes kantonales Sekretariat in Liestal. Der Tuberkulose-Sekretär organisiert alles, was sich auf die Tuberkulosebekämpfung und die Fürsorge für Tuberkulöse im Kanton bezieht, sorgt für Unterbringung der Kranken in passende Anstalten. Diplomierte Fürsorgerin auf dem Sekretariat. Keine ärztlich geleitete Fürsorgestelle im Kanton. Sektionen in allen Gemeinden.

Schaffhausen. Liga gegen die Tuberkulose im Kanton Schaffhausen (1909).

Die Liga unterhält seit dem Gründungsjahr eine ärztlich geleitete Fürsorgestelle für den ganzen Kanton in Schaffhausen. Gemeindevertreter in allen Gemeinden. Die Liga ist gegliedert in einen leitenden Ausschuß, der sich mit der Finanzierung der Sanatoriumskuren befaßt, während die Fürsorgekommission der Fürsorgestelle vorsteht.

Seit 1921 betreibt die Liga eine Liegehalle am Munot.

Appenzell A.-Rh. Kantonale Stiftung für Tuberkulose-Fürsorge (1913). Appenzell-außerrhodische Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1920).

Der vom Regierungsrat zur Verwaltung der Stiftung (Stiftung zur Erinnerung an den Eintritt Appenzells in den Schweizerbund) ernannte Stiftungsrat ist zugleich Vorstand der Liga. In jeder Gemeinde bestehen Tuberkulose-Kommissionen (Ligavertreter), die die Gesuche um Kurbeiträge an die kantonale Stiftung weiterleiten. Mit der Heimpflege befassen sich nur die Gemeindekommissionen. Nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Herisau.

Appenzell I.-Rh. Tuberkulose-Fürsorgeverein Appenzell I.-Rh. (1930). mit Sektion in Oberegg.

Keine Fürsorgestellen. Rein charitative Tätigkeit durch Mitglieder des Vereins. In Oberegg besorgt die Gemeindeschwester die Heimfürsorge.

St. Gallen. St. Gallische Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose (1908).

Die Gesellschaft unterhält drei Subkommissionen (die Sanatoriums-, Fürsorge und Kinderheilstätte-Kommission), die selbständig arbeiten und getrennte Kasse führen.

Im ganzen Kanton sind 31 Fürsorgestellen für die betreffenden Gemeinden, die teils durch Sektionen des Schweizerischen gemeinnützigen Frauenvereins, teils durch die erwähnte Fürsorgekommission ins Leben gerufen wurden. Die älteste davon ist diejenige von Rapperswil-Jona (1907). Nur die Fürsorgestelle der Stadt St. Gallen ist ärztlich geleitet. Gemeindevertreter in vielen Gemeinden, die keine Fürsorgestelle besitzen. Die Fürsorgekommission befaßt sich auch direkt mit der Fürsorge für solche Gegenden, in denen sich keine Fürsorgestellen befinden. Für das untere Rheintal und die Gegend am Walensee hält Dr. Steiger vom Sanatorium Wallenstadtberg periodische Sprechstunden ab, wobei ihm die Röntgenapparate einzelner Bezirkskrankenhäuser

zur Verfügung stehen. Rapperswil-Jona schickt seine Schützlinge in die Sprechstunden im Sanatorium Wald (Zürich).

St. Gallen-Stadt und Flawil haben eigene Erholungsstätten mit Liegehallen.

Graubünden. Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Graubünden (1898).

Der Verein konzentrierte seine Kräfte auf die Errichtung und den Betrieb der Bündnerischen Heilstätte. Seit der Abtrennung der Heilstätte infolge eines Legates des Wohltäters Cadonau und Gründung einer eigenen Stiftung (1930) hat sich der Verein mehr dem Fürsorgewesen zugewandt. Eine 1921 für die Stadt Chur gegründete Tuberkulosenfürsorge wird nun für den ganzen Kanton ausgebaut. Gemeindevertreter als Mitglieder des Komitees.

Aargau. Aargauische Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose (1909). Aargauischer katholischer Hilfsverein für Tuberkulose (1920).

Die Liga unterhält neben einem Zentralkomitee, Bezirkskomitees mit Ortsvertreterinnen in allen größeren Ortschaften.

Jeder Bezirk besitzt eine Fürsorgestelle ohne eigenen ärztlichen Dienst, aber mit Fürsorgerin im Hauptamt. Im Bezirk Muri hat der katholische Hilfsverein den Fürsorgedienst in eigene Verwaltung übernommen. Der vom Hilfsverein eingesetzte Bezirksvorstand hat Sitz und Stimme im Zentralvorstand der Frauenliga. Der Hilfsverein unterstützt auch kranke Katholiken aus andern Bezirken (hauptsächlich Beiträge für Kuren in katholischen Sanatorien). Am 1. Juli 1933 wurde die einzige ärztlich geleitete Fürsorgestelle des Kantons in der Heilstätte Barmelweid eröffnet. Autodienst ab Aarau.

Thurgau. Verband thurgauischer Tuberkulose-Fürsorgestellen (1928).

Der Verband bezweckt die lokalen Fürsorgestellen des Kantons zusammenzufassen. Er ist aber sehr lose organisiert und kümmert sich nicht um Einzelheiten der Fürsorgestellen. Jede Fürsorgestelle führt ihr vollständiges Eigenleben und ist durch die Statuten nur angehalten, Jahresberichte und Abrechnung dem Verband einzusenden. Die Fürsorgestellen haben es ausdrücklich abgelehnt, straffer zusammengefaßt zu werden. Vor dem Eidgenössischen Tuberkulose-Gesetz gab es im Kanton die folgenden Fürsorgestellen:

Arbon (1912)
Kreuzlingen (1912, neu organisiert 1925)
Romanshorn (1914)
Frauenfeld (1917)
Amriswil (1919)
Steckborn (1924)
Weinfelden (1926)
Wängi (1926)
Sirnach (1927)

Erst durch das Gesetz und vor allem durch die kantonale Vollziehungsverordnung (1931) wurde der Tuberkulosebekämpfung ein neuer Impuls gegeben. So entstanden im Jahre 1932 allein 15 neue Fürsorgestellen, an die der Kanton je einen Gründungsbeitrag von Fr. —.50 pro Kopf der Gemeinde-

einwohner leistete. Die Zahl der Fürsorgestellen im Kanton beträgt Ende Dezember 1933: 34.

Ärztlich geleitet sind nur die Fürsorgestellen von Frauenfeld, Sirnach und Wängi, bei verschiedenen andern ist ein Arzt in der Kommission. Die Fürsorgestellen sind gemeindeweise organisiert, nur diejenige von Steckborn und neuerdings auch diejenige von Dießenhofen sind für den ganzen Bezirk bestimmt.

Tessin. Lega antitubercolare ticinese (1914).

Die vier ärztlich geleiteten Fürsorgestellen des Kantons

Lugano (1921)	Bellinzona (1928)
Locarno (1927)	Mendrisio (1929)

wurden auf Initiative oder durch Mitarbeit der kantonalen Liga gegründet. Die Fürsorgestellen arbeiten mit der Liga zusammen, die für Geldunterstützung an Kranke für die Dauer von 3 Monaten aufkommt. Es besteht ferner ein kantonaler Fonds für arme Tuberkulöse, der vor Gründung der Fürsorgestellen durch die Liga gespiesen wurde. Neben den Fürsorgestellen, aber in Zusammenarbeit mit diesen, bestehen noch Kommissionen, die sich der scrofulösen Kinder annehmen. (Comitato pro scrofolosi in Bellinzona (1879), Lugano (1887), Mendrisio (1892) und Locarno (1911).

Waadt. Ligue Vaudoise contre la Tuberculose (1906).

Die Liga ist eingeteilt in ein kantonales Sekretariat und in 45 Sektionen. 45 Fürsorgerinnen, die teilweise mit Autos oder Motorrädern ausgerüstet sind, arbeiten im Dienst der Liga. Diese Fürsorgerinnenstellen entsprechen den nicht ärztlich geleiteten Fürsorgestellen der deutschen Schweiz, nur mit dem Unterschied, daß sich diese Infirmières-visiteuses auch direkt mit der Krankenpflege befassen. Eine kantonale Fürsorgerin macht bei allen Fürsorgerinnen Inspektionen, was eine gewisse Einheitlichkeit in der Fürsorgetätigkeit sicherstellt. Ärztlich geleitet sind die Fürsorgestellen von

Lausanne-Poliklinik (1906), Lausanne-„La Source" (1907), Montreux (1931).

Die Liga oder deren Sektionen besitzen — im Gegensatz zu den meisten deutschschweizerischen Ligen — eigene Anstalten für Kranke und Gefährdete, so das kantonale Komitee:

Sanatorium Belmont, Leysin (Heilstätte für chirurgische Tuberkulose).
L'Abeille, Leysin (Arbeits- und Übergangsstätte für chirurgisch-tuberkulöse Rekonvaleszenten)
Chalet Maricot, Drapel sur Aigle (Erholungsheim für 12—16jährige Knaben).
La Clairière, Saint-Legier (Erholungsheim für Mädchen).
La Nichée, Chexbres (Erholungsheim für Knaben).

Einzelnen Sektionen gehören die Tuberkulose-Pavillons:

La Bérallaz, Cugy (Sektion Lausanne).
Pavillon de la Côte, Gilly (Sektion Aubonne, Begnins, Nyon und Rolle).
Pavillon de Mottex, Blonay (Sektion Vevey)

Viele Sektionen besitzen überdies noch Ferienkolonien und Liegehallen.

Wallis. Oberwalliser-Liga gegen die Tuberkulose (1928). Regionale Ligen im Unterwallis.

Im Wallis haben wir keine kantonale Vereinigung. Im deutschsprechenden Teil des Kantons besteht die Oberwalliser-Liga, welche ärztlich geleitete Fürsorgestellen unterhält für

Brig und Umgebung
Leuk ,, ,,
Visp ,, ,,

Im Unterwallis bestehen laut einer Zusammenstellung der antituberkulösen Vereinigungen (2) folgende regionale Ligen:

Ligue de Monthey
,, ,, St-Maurice
,, ,, Martigny
,, ,, Sion et environs
,, ,, Sierre et environs,

die mit Ausnahme von Sierre je von einem Arzt präsidiert werden. Trotz großen Bemühungen konnten wir nur von Martigny, St-Maurice und Sion Antworten erhalten.

Von Martigny schreibt man, daß die Liga erst 1934 auf einer seriösen Grundlage organisiert wurde. Auch in St-Maurice scheint die Liga erst kürzlich ausgebaut worden zu sein. Für das Jahr 1932 wurde über die Einnahmen und Ausgaben der Liga nicht regelmäßig Buch geführt („ . .une comptabilité n'ayant pas été régulièrement tenue"). In Sion scheint sich die Tätigkeit der Liga hauptsächlich auf eine Ferienkolonie zu beschränken.

Neuenburg. Ligue cantonale Neuchâteloise contre la Tuberculose (1913).

Die kantonale Liga vereinigt in sich die sieben regionalen Ligen des Kantons, die selbständig sind. Sie übernimmt den Verkehr mit den Behörden nnd den Ligen anderer Kantone und ferner die Propaganda für den ganzen Kanton. Da die kantonale Liga rein organisatorischen Charakter hat, kann sie durch die regionalen Ligen nicht um Unterstützungen angegangen werden.

Die regionalen Ligen sind:

1. die Bezirksliga *Neuenburg* (1904) mit ärztlich geleiteter Fürsorgestelle in Neuenburg (1906),
2. die Bezirksliga *Boudry* (1906) mit ärztlich geleiteter Fürsorgestelle in Colombier (1907) und St-Aubin (1922),

3. die Liga *Traverstal unterer Teil* (1912) mit ärztlich geleitetem Fürsorgedienst, aber ohne eigenes Lokal. (Die Fürsorgeärzte besuchen die Kranken zu Hause,)
4. die Liga *Traverstal oberer Teil* (1913) mit ärztlich geleiteter Fürsorgestelle in Fleurier,
5. die Bezirksliga *Val-de-Ruz* (1921), nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Cernier,
6. die Bezirksliga *Locle* (1919), nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in Le Locle,
7. die Bezirksliga *Chaux-de-Fonds* (1911) mit ärztlich geleiteter Fürsorgestelle und Liegehalle.

Einzelnen regionalen Ligen sind noch Damenkomitees angegliedert, die für die Beschaffung von Wäsche tätig sind.

Ein Landhaus bei St-Sulpice wurde der kantonalen Liga für Erholungsaufenthalte im Sommer zur Verfügung gestellt. Nach einem jährlichen Turnus übergibt die kantonale Liga dieses Haus den regionalen Ligen zur Benützung.

Genf. Ligue Genevoise contre la Tuberculose (1912). Dispensaire antituberculeux de Genève (1906).

Die Liga befaßt sich mit der Propaganda und der Unterstützung der der Bekämpfung der Tuberkulose dienenden Einrichtungen. So zahlt sie jährliche Beiträge an die Fürsorgestelle, an verschiedene Erholungsheime und an die Sekretariatskosten der Fürsorgestelle. Sie gründete 1913 die erste Waldschule Genfs, die 1920 vom Staat übernommen wurde. Die Sekretariate der Liga, der Fürsorgestelle und der Volksheilstätte sind vereinigt.

Die Fürsorgestelle unterhält Konsultationen durch drei Ärzte an verschiedenen Orten, an einem bestimmten Tag der Woche. Der Fürsorgestelle gehört eine Arbeitsstube für Kranke und Rekonvaleszenten. Eine Liegehalle mußte 1932 wegen finanzieller Schwierigkeiten aufgegeben werden. Ein Erholungsheim ist der Fürsorgestelle angeschlossen und wird von ihr finanziell unterstützt.

Das Dispensaire d'Hygiène sociale überweist die ihr bekannten Tuberkulosefälle an das Dispensaire antituberculeux.

Ärztlich und nicht ärztlich geleitete Fürsorgestellen.

„Aufgabe der Tuberkulosefürsorge ist die Bekämpfung der Tuberkulose als *Volkskrankheit*; sie umfaßt demnach alles, was geeignet erscheint, die Weiterverbreitung der Tuberkulose zu verhüten." (Kiermayr (3) Bd. I, S. 203). In kurzen Leitsätzen läßt sich diese vielseitige Aufgabe etwa folgendermaßen zusammenfassen:

„1. Schutz den Gesunden durch möglichst restlose Erfassung der Infektionsquellen und durch deren Sanierung.

2. Wirksame Hilfe den Kranken. . .

3. Vorsorge mit allen ihren Varianten für die Gefährdeten." (Baer [4] S.263).

Die Fürsorge ist aber bei der Lösung dieser Aufgaben nicht an ein starres System gebunden, sondern diese Ziele lassen sich auf verschiedenen Wegen erreichen. Diese Tatsache und ferner die historische Entwicklung bringen es mit sich, daß wir bei der Betrachtung der Fürsorgestellen auf prinzipielle Unterschiede stoßen.

Die Fürsorgearbeit zerfällt in einen ärztlich-diagnostischen und einen hygienisch-fürsorgerischen Teil. Diese beiden Teile können getrennt sein, indem sich die Fürsorgestelle nur mit dem hygienisch-fürsorgerischen befaßt. Für den ärztlich-diagnostischen Teil werden die Patienten von einer solchen nicht ärztlich geleiteten Fürsorgestelle an die Ärzte nach Wahl des Patienten überwiesen, die dann der Fürsorgestelle Befund und Vorschläge des Heilverfahrens mitteilen. Dieses System haben wir im Kanton Aargau sehr gut verwirklicht. Jeder Bezirk hat seine Fürsorgestelle, die aber keinen eigenen ärztlichen Dienst hat. Die Patienten gehen zu irgend einem Arzt des Bezirkes, der dann auf einem für den Kanton einheitlichen Formular der Fürsorgestelle über den ärztlichen Befund Mitteilung macht. Dieses System hat entschieden einen Vorteil darin, daß die Ärzte Mitarbeiter der Fürsorgestelle sind und dadurch auch von sich aus in weit größerem Maße bedürftige Tuberkulose-Kranke an die Fürsorgestellen weisen.

Es machen sich aber mit Recht immer mehr Stimmen laut, die nur der ärztlich geleiteten Fürsorgestelle die Fähigkeit als eigentliches Kampfzentrum gegen die Tuberkulose zusprechen. Eine systematische Arbeit, vor allem in Hinblick auf die äußerst wichtigen Umgebungsuntersuchungen (vide Seite 46), ist in der Tat nur in einer ärztlich geleiteten Fürsorgestelle möglich, da die Privatärzte für solche zeitraubende Familienuntersuchungen meistens nicht genügend Zeit finden. Von einer Einheitlichkeit in der Diagnostik der Tuberkulose kann auch nicht die Rede sein, so daß auch aus diesem Grunde eine „Zentralisation" wünschenswert scheint. Durch diese Erkenntnis ist denn auch das Verhältnis der Privatärzte zu den ärztlich geleiteten Fürsorgestellen — namentlich in den größeren Städten — viel besser geworden, und eine große Zahl von Befürsorgten sind durch Privatärzte an die Fürsorgestelle überwiesen worden. Aber auch auf dem Lande haben sich viele ärztlich geleitete Fürsorgestellen die Sympathien der praktischen Ärzte gewinnen können. Eine sehr gute Lösung scheint uns daher die ärztlich geleitete Fürsorgestelle im Bezirkshauptort neben den Tuberkulose-Kommissionen in den einzelnen Gemeinden zu sein. Dieses System ist im Kanton Zürich schon weitgehend verwirklicht.

Eine andere große Streitfrage ist, ob die Patienten in einer ärztlich geleiteten Fürsorgestelle auch behandelt oder nur diagnostisch untersucht werden sollen. In der Schweiz haben wir beide Arten vertreten. Während die deutsch-

schweizerischen Fürsorgestellen im allgemeinen die Behandlung ablehnen (System Calmette), finden wir im französisch- und italienischsprechenden Teil unseres Landes die Fürsorgestelle mit ärztlicher Behandlung stärker verbreitet (System Robert Philip). Einige Fürsorgestellen befassen sich auch nur mit der teilweisen Behandlung, zum Beispiel mit dem Anlegen und Auffüllen des Pneumothorax oder mit der therapeutischen Tuberkulinbehandlung. Während sich die Fürsorgestellen von St. Gallen, Freiburg, Lugano, Locarno Bellinzona und Mendrisio auf den Pneumothorax beschränken, gewähren diejenigen von Genf, Lausanne, Neuenburg, Fleurier, Traverstal unterer Teil und Chaux-de-Fonds auch andere medizinische Behandlung.

Was die ärztliche Behandlung in der Fürsorgestelle anbelangt, machen sich schon lange Stimmen bemerkbar, welche den Ausbau zentraler, diagnostischer Fürsorgestellen zu solchen mit therapeutischer Behandlung stark befürworten. Nach Hayek (5, S. 127) wird die fachärztliche Diagnosestellung in den Fürsorgestellen durchgeführt, weil viele praktische Ärzte nicht genügend vorgebildet sind. Dann aber wird dem gleichen Arzt, dem man die Diagnosestellung nicht zutraut, der Patient zur Behandlung überwiesen. Aber gerade bei der Tuberkulose stellt ja richtige Diagnosestellung und zweckmäßige Behandlung ein untrennbares Ganzes dar. Es würde wohl auch in der Deutschschweiz kaum eine „behandelnde" Fürsorgestelle geben, die den Ehrgeiz hätte, auch zahlungsfähige Patienten zu behandeln und somit würde die ambulatorische Behandlung an den Fürsorgestellen den berechtigten wirtschaftlichen Interessen der praktischen Ärzte nicht widersprechen. Es würde ihnen im Gegenteil damit nur eine gerade vom wirtschaftlichen Standpunkt höchst undankbare Aufgabe abgenommen. Auch auf wissenschaftlichem Gebiet wäre eine solche Fürsorgestelle berufen, sehr wertvolle Arbeit zu leisten. Sie wäre ja diejenige Stelle, die in der Lage ist, durch langdauernde Beobachtung der Kranken den chronischen Entwicklungsgang der Tuberkulose als einheitliches Ganzes zu erfassen. Die Fürsorgestelle der Zukunft wird daher sicher diejenige mit ambulatorischer Behandlung sein.

Die Fürsorgestellen lassen sich rein schematisch in folgende vier Arten einteilen:

1.	Fürsorgestelle	mit	Arzt,	mit	Fürsorgerin	und	eigenem	Lokal
2.	„	ohne	„	„	„	„	„	„
3.	„	mit	„	„	„	ohne	eigenes	„
4.	„	ohne	„	„	„	„	„	„

Die erste Art ist vor allem die Fürsorgestelle der Stadt oder ganzer Bezirke. Ihr Unterhalt ist aber für viele Verhältnisse zu kostspielig. Die zweite Art finden wir — wie schon erwähnt — zum Beispiel in den Bezirkshauptorten des Kantons Aargau, aber auch in der Stadt Luzern. Die dritte Art eignet

sich für unsere Landesverhältnisse vorzüglich. Die Fürsorge-Sprechstunde wird an einem bestimmten Tag in einem Bezirksspital abgehalten, wobei dann auch die Röntgeneinrichtung dem Fürsorgearzt zur Verfügung steht. Die Spesen für diese Art Fürsorgestellen sind naturgemäß gering. Als Musterbeispiel dieser Gruppe möchten wir die Fürsorgestellen des Zürcher Oberlandes anführen. Dr. Deiß, Chefarzt des Sanatoriums Wald, hält nach einem bestimmten Turnus in Pfäffikon, Rüti, Uster und Wetzikon Fürsorgesprechstunden ab, wobei ihm neben den örtlichen Tuberkulosekommissionen die kantonale Fürsorgerin behilflich ist. Diese „fliegende" Fürsorge ließe sich in der Schweiz ohne finanzielle Schwierigkeiten noch an vielen Orten einführen. Unter die vierte Kategorie können wir alle übrigen örtlichen Tuberkulosekommissionen einbeziehen, wobei wir unter „Fürsorgerin" vorläufig einfach die Person verstehen wollen, die sich mit der Fürsorge befaßt, sei sie nun diplomierte Fürsorgerin, Gemeindeschwester oder Privatperson.

Wenn wir auch alles daran setzen wollen, möglichst viele ärztlich geleitete Fürsorgestellen auch für rein ländliche Verhältnisse zu schaffen, so wollen wir doch die Berechtigung der nicht ärztlich geleiteten Fürsorgestelle nicht absprechen, denn auch dort wird an vielen Orten gute Arbeit geleistet. Eine nicht ärztlich geleitete Bezirksfürsorgestelle des Kantons Aargau zum Beispiel arbeitet im Sinne der Seuchenbekämpfung weit wirksamer als eine ärztlich geleitete Fürsorgestelle im Unterwallis. Wir haben aus diesem Grund auch von einer Unterscheidung in Fürsorgestellen (F.-St), womit nur ärztlich geleitete Fürsorgestellen gemeint sind, und Auskunftstellen (A.-St), als Fürsorgestellen ohne ärztliche Leitung — wie sie z. B. von Olivier (6) gemacht wird — abgesehen, da in dieser Unterscheidung ein Werturteil liegen könnte, das wir vorerst vermeiden möchten. Wir werden uns mit den Leistungen der Fürsorgestellen noch zu befassen haben.

Was nun die Zahl der Tuberkulose-Organisationen in der Schweiz betrifft, so finden wir in einer Aufstellung in „Gegen die Tuberkulose" (7), daß sich im Jahre 1932 379 Fürsorgevereinigungen mit der Tuberkulosefürsorge befaßt haben. In diesen 379 Vereinigungen sind aber alle Organisationen gezählt, das heißt sowohl die kantonalen Ligen, wie auch deren Sektionen und Untersektionen, also alle „Fürsorgestellen" im weitesten Sinne des Wortes. Ärztlich geleitete Fürsorgestellen zählen wir für 1932 46, die im Abschnitt über „Heutige Organisation der antituberkulösen Ligen und Vereinigungen" aufgeführt sind.

Fürsorgerinnen.

Auch was die Fürsorgerinnen betrifft, haben wir in der Schweiz keine Einheitlichkeit. In der deutschen Schweiz ist die Fürsorgerin rein sozial-fürsorgerisch tätig, während in der welschen Schweiz die Infirmière-visiteuse ebensosehr Krankenschwester wie Sozialfürsorgerin ist. Die Infirmière-visiteuse

übernimmt damit die Arbeit, die in der deutschen Schweiz von zwei Personen ausgeführt wird, nämlich von der Fürsorgerin und von der Gemeindeschwester. Die Zahl der Einwohner, die eine solche Fürsorgeschwester betreuen kann, ist daher naturgemäß bedeutend kleiner als bei einer Fürsorgerin vom deutsch-schweizerischen Typus. Nach Braeuning (8) ist auf ca. 10 000 Einwohner eine Fürsorgerin, die nur sozial-fürsorgerisch tätig ist, notwendig.

Eine einheitliche Ausbildung der Fürsorgerinnen zum Beispiel durch die sozialen Frauenschulen hat sich als unmöglich erwiesen, obschon vielerorts nur noch Fürsorgerinnen mit dem Diplom einer sozialen Frauenschule eingestellt werden. An jenen Orten, wo die Fürsorge im Nebenamt ausgeführt wird, treffen wir sehr oft Gemeindeschwestern und Privatpersonen. Nach Bräuning (l.c.) hat sich an vielen Stellen bewährt, daß eine Fürsorgestelle nur eine hauptamtliche Fürsorgerin einstellt, welche in den einzelnen Ortschaften durch Vertrauenspersonen (Gemeindeschwestern oder ehrenamtliche Damen) vertreten wird.

Tätigkeit und Leistungen der Fürsorgestellen.

Die Fürsorge für Tuberkulöse entstand seiner Zeit aus rein charitativen Motiven. Neben der Unterstützung der zu Hause verpflegten Kranken mit Kleidern und Nahrungsmitteln, suchte man immer mehr, auch dem mittellosen Tuberkulösen zu einer Heilstättenkur zu verhelfen. Mit einer solchen, an sich sehr lobenswerten Tätigkeit können wir sicher sehr viel persönliches Elend mildern, aber zur Ausrottung oder vorläufig wenigstens zur Verminderung der Tuberkulose als Krankheit des ganzen Volkes und nicht des einzelnen Individuums erreichen wir damit wenig oder nichts. Die Aufgabe einer modernen Fürsorgestelle soll daher sein, der Tuberkulose als Volkskrankheit mit allen Mitteln zu Leibe zu rücken. Nicht der einzelne Kranke ist das Ziel der Tätigkeit, sondern das Volksganze. Diese Umstellung auf seuchenbekämpferische Arbeit bringt es mit sich, daß die charitativen Gesichtspunkte immer mehr in den Hintergrund treten oder andern Organisationen überlassen werden müssen, denn die finanziellen Mittel reichen nicht aus, um dieser zweifachen Tätigkeit gerecht zu werden.

Wie können wir nun die Arbeit und die Erfolge der Fürsorgestellen zahlenmäßig erfassen? Ein Maßstab steht uns zur Verfügung, nämlich

a) Die Zahl der Befürsorgten.

Wir wollen für bestimmte Jahre in Tabelle I die Zahl der Tuberkulösen, die der Fürsorge bekannt waren, vergleichen mit der mutmaßlichen Zahl von Tuberkulose-Kranken für die betreffenden Jahre und dieses Verhältnis in Prozentzahlen ausdrücken. Für die mutmaßliche Zahl der Kranken stehen uns empirisch gefundene Meßzahlen zur Verfügung. Braeuning (9) gibt nämlich an,

daß auf einen Tuberkulose-Todesfall 10 lebende Tuberkulöse kommen. Auch Olivier (6, S. 184 ff.) gibt diesen Faktor mit 10—12 an. Wenn wir auch glauben, daß der Rückgang der Erkrankungshäufigkeit nicht parallel mit demjenigen der Tuberkulose-Sterblichkeit geht und sich somit dieser Faktor beständig ändern dürfte, können wir diese Meßzahl 10 für unsere Berechnungen doch ohne Bedenken verwenden, denn wir wollen damit vorerst kein absolutes Werturteil aufstellen, sondern wir möchten nur die Fürsorgetätigkeit in den einzelnen Kantonen und den sechs größten Schweizerstädten miteinander vergleichen. Wir wollen uns dann aber fragen, ob der Faktor 10 den tatsächlichen Verhältnissen ungefähr entspricht, oder ob nicht eine andere Zahl der Wirklichkeit näher kommt.

Zum Material zu dieser Berechnung ist noch folgendes zu bemerken: Die Jahresberichte der antituberkulösen Organisationen geben meistens die Zahl der Befürsorgten, eingeteilt in Tuberkulöse einerseits und in Gefährdete und Verdächtige anderseits. Da die Begriffe „Verdächtig" und „Gefährdet" keine definierten Begriffe sind und trotz den Bemühungen im Schoße der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose (vide „Gegen die Tuberkulose", 1931, No. 11, S. 172 ff.) diese Bezeichnungen von Ort zu Ort verschieden aufgefaßt werden, müssen wir auf diese Einteilung verzichten. Wir geben somit nur die Gesamtzahlen der Personen, mit denen sich die Fürsorge im Laufe des Jahres beschäftigt hat und die Zahlen für an Tuberkulose erkrankte Personen, eingeteilt in Erwachsene und Kinder (Altersgrenze 15 Jahre). Die Differenz gibt somit die Zahl für die „Gefährdeten und Verdächtigen" und die Fälle „ohne Befund". Als Grundlage für unsere Tabellen benützen wir die Angaben in den Jahresberichten aller antituberkulösen Organisationen des betreffenden Kantons, wobei wir jeweilen auch die Zusammenstellungen, die für jedes Jahr in „Gegen die Tuberkulose" erscheinen, heranziehen. Die Totalzahl der Fälle stimmen in diesen beiden Quellen nicht immer überein. Die Zusammenstellungen in „Gegen die Tuberkulose" werden aufgebaut aus den Angaben an das Eidgenössische Gesundheitsamt zur Erhältlichmachung der Bundessubvention. Daher sind dort nur diejenigen Fälle registriert, die unterstützt wurden, während die Jahresberichte die Zahlen aller in Fürsorge genommenen Personen (auch Fälle ohne Befund bei Umgebungsuntersuchungen) angeben. Wir nehmen die Zahlen unter der Rubrik „Total der in Fürsorge gestandenen Personen", soweit sie ersichtlich sind aus den Jahresberichten. Die Zahlen für die Tuberkulose-Kranken stimmen im allgemeinen überein, wo sich doch kleine Unstimmigkeiten bemerkbar machen, halten wir uns an die Angaben in der erwähnten Zeitschrift. Zur Berechnung der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulösen benützen wir die Sterblichkeitszahlen in den betreffenden Jahrbüchern des Eidgenössischen Statistischen Amtes, welche wir mit 10 multiplizieren.

In Tabelle II stellen wir, neben der Einteilung der Befürsorgten in Er-

wachsene und Kinder, den prozentuellen Anteil der Tuberkulose-Kranken, bezogen auf die Totalzahl der Befürsorgten dar, ferner den Anteil der tuberkulösen Erwachsenen, bezogen auf die Zahl aller Erwachsenen, die in Fürsorge standen und endlich den Anteil der tuberkulösen Kinder, berechnet auf die Totalzahl der in Fürsorge stehenden Kinder.

Wenn wir weiter oben gesagt haben, daß wir von einer Einteilung in „gefährdet" und „verdächtig" absehen wollen, weil diese Bezeichnungen nicht definiert seien und wir daher diese Zahlen nicht vergleichen können, so trifft das natürlich in kleinem Maße auch für „tuberkulös" zu. Unter „tuberkulös" werden wir somit an einigen Orten Fälle gezählt finden, die an andern Orten unter „gefährdet" oder „verdächtig" gesetzt würden. Unser Material ist somit nicht vollständig homogen. Für die Stadt Zürich finden wir z. B. für 1932 die Zahl der Tuberkulösen in der Aufstellung in „Gegen die Tuberkulose" mit 4129 angegeben, also mehr als doppelt soviel als im Jahre 1930, obschon die Totalzahl der in Fürsorge gestandenen Personen nicht in dem Maße zugenommen hat. Der Jahresbericht der Tuberkulose-Kommission der Stadt Zürich gibt denn auch die Zahl der Tuberkulösen mit 2722 an. Wir haben uns trotzdem an die Angaben in „Gegen die Tuberkulose" gehalten, wie wir das bei Unstimmigkeiten in der Zahl der Kranken prinzipiell gemacht haben, hingegen haben wir die Zahlen der Jahresberichte für die Stadt und den Kanton Zürich in Klammern beigefügt. Für die andern Jahre stimmen die Zahlen der beiden Quellen überein. Für die Städte Basel und Genf haben wir die gleichen Zahlen wie für die betreffenden Kantone benützt, lediglich in der Kolonne „Mutmaßliche Zahl der Tuberkulose-Kranken" haben wir einmal die Zahlen für die Kantone und das andere Mal diejenigen für die Städte eingesetzt, was sich auch in den Prozentzahlen der letzten Kolonne der Tabelle I durch kleine Unterschiede bemerkbar macht. Wenn sich also in unsern Tabellen unter „tuberkulös" an einigen Orten Fälle finden, die andernorts unter „gefährdet" oder „verdächtig" figurieren würden, so glauben wir dennoch, aus den angeführten Zahlen einige Schlüsse ziehen zu dürfen, um so mehr, als wir ja in der ersten Kolonne der beiden Tabellen die Gesamtzahl der in Fürsorge genommenen Personen anführen.

Die Tabelle I zeigt uns, daß wir heute in allen Kantonen antituberkulöse Organisationen besitzen. Die Zahlen der in Fürsorge gestandenen Personen nehmen — von wenigen Ausnahmen abgesehen — seit 1922 beständig zu, was darauf schließen läßt, daß das Tuberkulose-Fürsorgewesen zwischen 1922 und 1932 stark ausgebaut wurde. In den Urkantonen und im Kanton Appenzell I-Rh. fällt die Gründung der Tuberkulose-Fürsorge in dieses Jahrzehnt.

Die Zahlen der erfaßten Tuberkulösen steigen an den meisten Orten ebenfalls stark an, während die mutmaßliche Zahl der Tuberkulose-Kranken in allen Kantonen bei gleichbleibendem Faktor 10 als Folge des Rückganges der Tuberkulose-Sterblichkeit sich ständig vermindert. Der Prozentsatz der

Tabelle I.

	Total der in Fürsorge gestandenen Personen				Davon waren tuberkulös								Total der erfaßten Tuberkulösen				Mutmaßliche Zahl der Tbc-Kranken (Faktor 10)				Der Fürsorge waren somit bekannt in %			
					Erwachsene				Kinder															
Kantone	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932
								(3517)				(1129)				(4646)								(74,1)
Zürich	4872	5536	7180	8790	1701	1869	2541	4317	386	523	736	1736	2087	2392	3277	6053	6900	6820	5830	6270	30,2	35,1	56,2	96,5
Bern	2326	2655	2247	2895	740	855	990	1203	223	775	434	418	963	1630	1424	1621	10 870	10 470	8690	7620	9,0	15,6	16,4	20,6
Luzern	308	?	351	751	146	?	195	362	17	?	83	115	163	?	278	477	2460	2730	2050	1600	6,6	?	13,6	29,8
Uri	—	—	10	15	—	—	4	8	—	—	2	4	—	—	6	12	270	250	220	240	—	—	2,7	5,0
Schwyz	—	16	277	511	—	16	98	117	—	0	33	58	—	16	131	175	900	1140	1060	830	—	1,4	12,4	21,1
Obwalden	—	—	67	101	—	—	48	43	—	—	8	10	—	—	56	53	200	300	220	240	—	—	25,5	22,1
Nidwalden	—	—	27	30	—	—	14	16	—	—	4	3	—	—	18	19	210	140	150	140	—	—	12,8	13,6
Glarus	111	135	221	?	79	63	136	?	7	5	16	?	86	68	152	?	480	490	450	370	18,0	13,9	33,8	?
Zug	135	215	354	320	63	80	96	79	24	23	28	46	87	103	124	125	520	660	570	310	16,7	15,6	21,7	40,3
Freiburg	132	326	381	685	111	108	111	284	19	35	64	25	130	143	175	309	2490	2270	2200	2180	5,2	6,3	7,9	14,3
Solothurn	298	694	1688	1966	199	167	504	541	78	279	143	242	277	446	647	783	1920	1870	1730	1620	14,6	23,9	37,4	48,3
Baselstadt	733	1000	1537	3144	520	519	987	1287	62	126	271	600	582	645	1258	1887	2010	1790	1560	1780	28,9	36,0	80,6	106,0
Baselland	498	?	?	?	211	242	791	587	31	81	266	161	242	323	1057	748	1010	1000	1010	760	24,0	32,3	104,7	98,5
Schaffhausen	245	450	280	292	54	45	109	170	13	5	33	0	67	50	142	170	720	660	460	580	9,3	7,6	30,9	29,3
App. A.-Rh.	33	72	330	317	26	67	132	147	2	3	40	33	28	70	172	180	680	750	660	460	4,1	9,3	26,1	39,2
App. I.-Rh.	—	—	23	30	—	—	13	23	—	—	2	0	—	—	15	23	230	210	150	180	—	—	10,0	12,8
St. Gallen	774	978	1278	1659	279	431	?	552	86	48	?	237	365	479	593	789	4730	4840	3740	3530	7,7	9,9	15,9	22,4
Graubünden	19	121	356	394	17	42	170	140	2	5	30	25	19	47	200	165	2190	1930	1920	1850	0,9	2,4	10,4	8,9
Aargau	1039	1409	1683	1835	?	415	656	?	?	0	160	?	?	415	816	?	3970	3320	2950	2960	?	12,5	27,6	?
Thurgau	157	146	332	455	106	54	161	214	0	11	25	29	106	65	186	243	1600	2000	1420	1150	6,6	3,3	13,1	21,2
Tessin	374	781	920	2131	?	250	270	634	?	2	42	149	?	252	312	783	2950	2710	2350	1810	?	9,3	13,3	43,3
Waadt	8153	8489	8810	11 927	975	1007	1693	2153	874	492	408	270	1849	1499	2101	2423	5890	5720	4280	4340	31,4	26,2	49,0	55,8
Wallis	366	407	388	500	15	4	23	51	10	0	9	28	25	4	32	79	2490	2420	2640	2560	1,0	0,2	1,2	3,1
Neuenburg	686	827	799	1229	233	258	247	456	47	69	30	44	280	327	277	500	1900	2100	1670	1430	14,7	15,6	16,6	35,0
Genf	648	1434	1537	1618	464	800	469	440	22	176	326	155	486	976	795	595	3390	3250	2420	2520	14,4	30,0	32,9	23,6
Städte								(2114)				(608)				(2722)								(108,8)
Zürich	3514	3734	4898	5773	1132	1082	1498	2914	180	259	433	1215	1312	1341	1931	4129	2550	2720	2250	2500	51,4	48,2	85,7	165,1
Basel	733	1000	1537	3144	520	519	987	1287	62	126	271	600	582	645	1258	1887	1940	1740	1520	1680	29,9	37,1	82,8	110,1
Genf	648	1434	1537	1618	464	800	469	440	22	176	326	155	486	976	795	595	2740	2610	2050	1830	17,7	37,4	38,8	32,5
Bern	1976	2290	1199	1052	653	684	531	546	198	745	338	304	851	1429	869	850	1680	1480	1490	1400	50,6	96,5	58,3	60,7
Lausanne	1560	1946	2137	2668	323	360	635	678	204	283	89	84	527	643	724	762	1400	1300	960	920	37,3	49,5	75,4	82,8
St. Gallen	293	328	361	517	137	183	?	175	43	21	?	51	180	204	193	226	1030	1040	820	960	17,5	19,6	23,6	23,5

der Fürsorge bekannten Tuberkulösen nimmt somit von Jahr zu Jahr zu. Er schwankt aber 1932 noch zwischen 3 und über 100%. Da aber die Tuberkulose-Fürsorge auch im besten Fall nicht 100% der Tuberkulösen kennt, weil ein Teil der Bevölkerung einer Fürsorge nicht bedarf, dürfte das ideale Resultat schätzungsweise bei ca. 80% liegen. Wenn wir in unserer Zusammenstellung dennoch Zahlen über 100% finden, zeigt uns das, daß die Zahl der Tuberkulose-Kranken höher als berechnet sein muß. Der Braeuningsche Faktor 10 ist also für unsere Verhältnisse sicher zu klein. Wir werden in anderem Zusammenhang wieder auf diese Frage zurückkommen. Aber schon an diesen zu großen Zahlen läßt sich erkennen, in welchen Kantonen die Tuberkulose-Fürsorge in bezug auf die Zahl der erfaßten Kranken an der Spitze steht.

Die Tabelle II gibt uns Auskunft über die Verteilung der Befürsorgten in Erwachsene und Kinder und ferner über den prozentualen Anteil der Tuberkulösen unter den Befürsorgten. Unter der Zahl der in Fürsorge gestandenen Personen nehmen die Kinder im Durchschnitt ungefähr zwei Fünftel für sich in Anspruch, abgesehen von solchen Kantonen, in denen sich die Tuberkulose-Fürsorgetätigkeit in der Hauptsache auf die Ferienversorgung gefährdeter Kinder beschränkt, wie das z. B. im Kanton Wallis bis 1930 der Fall war. Unter den befürsorgten Kindern leidet etwa der vierte bis dritte Teil an einer aktiven Tuberkulose, während drei Viertel bis zwei Drittel „verdächtig", „gefährdet" oder „ohne Befund" sind. Dahin gehören natürlich zu einem großen Teil Kinder tuberkulöser Eltern, bei denen aber eine tuberkulöse Erkrankung nicht oder noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Daß diese Kinder eine fortwährende Kontrolle benötigen, liegt auf der Hand.

Der Anteil der Tuberkulose-Kranken unter den Erwachsenen ist naturgemäß bedeutend größer. Er beträgt im Durchschnitt der Kantone für 1932 rund 60%. Das kommt daher, daß der erwachsene „Gefährdete" einer weit geringeren Überwachung bedarf als das Kind. Ferner ist es auch nicht immer leicht, Erwachsene, die „nur" gefährdet sind, zu einer regelmäßigen Kontrolle auf der Fürsorgestelle anzuhalten.

Durch diese Ergebnisse wird die allgemein bekannte Tatsache bestätigt, daß die Tuberkulose-Fürsorge bei den Kindern in erster Linie Prophylaxe ist und sein soll, während sie sich bei den Erwachsenen vor allem als Fürsorge für den Kranken selbst auswirkt.

b) Die Zahl der Neuaufnahmen.

Braeuning (9) hat weiter 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 Neuaufnahmen an Tuberkulose. Um diese aufzufinden, ist es aber notwendig, eine nicht geringe Zahl von Tu-

Tabelle II.

	Total der in Fürsorge gestandenen Personen				davon waren Erwachsene in % absolut				davon waren Kinder in % absolut				Es waren tuberkulös in % von der Totalzahl				Es waren tuberkulös in % von der Zahl der Erwachsenen				Es waren tuberkulös in % von der Zahl der Kinder			
Kantone	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932
Zürich	4872	5536	7180	8790	76,5 3327	61,5 3404	61,9 4442	62,0 5452	23,5 1545	38,5 2132	38,1 2738	38,0 3338	42,8	43,3	45,6	(52,8) 68,8	51,1	54,9	57,2	(64,5) 79,2	24,9	24,5	26,9	(33,8) 52,0
Bern	2326	2655	2247	2895	57,6 1339	53,9 1429	58,3 1311	55,3 1598	42,4 987	46,1 1226	41,7 936	44,7 1297	41,4	61,4	63,4	55,5	55,2	59,8	75,5	75,0	22,6	63,2	46,4	32,3
Luzern	308	?	351	751	56,5 174	?	65,5 230	49,8 374	43,5 134	?	34,5 121	50,2 377	52,9	?	79,3	63,5	84,0	?	84,8	96,8	12,7	?	68,6	30,5
Uri	—	—	10	15	—	—	40,0 4	53,4 8	—	—	60,0 6	46,6 7	—	—	60,0	80,0	—	—	100,0	100,0	—	—	33,3	57,2
Schwyz	—	16	277	511	—	100,0 16	59,9 166	56,7 290	—	0,0 0	40,1 111	43,3 221	—	100,0	47,3	34,2	—	100,0	59,0	40,4	—	0	29,8	26,2
Obwalden	—	—	67	101	—	—	82,1 55	78,3 79	—	—	17,9 12	21,7 22	—	—	83,7	52,5	—	—	87,3	54,5	—	—	66,6	45,5
Nidwalden	—	—	27	30	—	—	70,4 19	60,0 18	—	—	29,6 8	40,0 12	—	—	66,6	63,3	—	—	73,7	88,9	—	—	50,0	25,0
Glarus	111	135	221	?	80,2 89	71,0 96	73,4 162	?	19,8 22	29,0 39	26,6 59	?	77,5	50,4	68,8	?	88,8	65,6	84,0	?	31,8	12,8	27,2	?
Zug	135	215	354	320	61,5 83	72,5 156	68,7 243	56,0 178	38,5 52	27,5 59	31,3 111	44,0 142	64,5	48,0	35,1	39,1	76,0	51,3	39,5	44,1	46,2	39,0	25,2	32,4
Freiburg	132	326	381	685	84,1 111	54,9 179	51,1 191	63,0 432	15,9 21	45,1 147	49,9 190	37,0 253	98,5	43,9	46,0	45,1	100,0	60,4	58,1	65,8	90,5	23,8	33,7	9,8
Solothurn	298	694	1688	1966	73,8 220	34,2 237	58,2 984	58,4 1019	26,2 78	65,8 457	42,8 704	41,6 947	93,0	64,3	37,7	39,8	90,5	70,5	51,2	53,0	100,0	61,1	20,3	25,6
Baselstadt	733	1000	1537	3144	77,9 571	60,0 600	?	?	22,1 162	40,0 400	?	?	79,4	64,5	81,8	60,0	91,1	86,5	?	?	38,3	31,5	?	?
Baselland	498	?	?	?	42,3 211	?	?	?	57,7 287	?	?	?	48,6	?	?	?	100,0	?	?	?	10,8	?	?	?
Schaffhausen	245	450	280	292	84,5 207	14,4 65	88,2 247	100,0 292	15,5 38	85,6 385	11,8 33	0 0	27,3	11,1	50,8	58,3	26,1	69,2	44,2	58,3	34,2	1,3	100,0	0

App. A.-Rh.	33	72	330	317	84,9 28	94,5 68	54,8 181	56,5 179	15,1 5	5,5 4	45,2 149	43,5 138	84,9	97,3	51,8	56,7	92,9	98,6	73,0	82,2	40,0	75,0	26,8	23,9
App. I.-Rh.	—	—	23	30	—	—	73,9 17	83,3 25	—	—	26,1 6	16,7 5	—	—	65,3	76,7	—	—	76,5	92,0	—	—	33,3	0
St. Gallen	774	978	1278	1659	46,3 358	63,9 625	53,1 679	55,2 916	53,7 416	36,1 353	46,9 599	44,8 743	47,3	49,1	46,4	47,5	78,0	68,8	?	60,3	20,3	13,6	?	31,9
Graubünden	19	121	356	394	89,5 17	95,0 115	85,1 303	75,1 296	10,5 2	5,0 6	14,9 53	24,9 98	100,0	38,8	56,2	41,9	100,0	36,6	55,5	47,3	100,0	83,4	56,6	25,5
Aargau	1039	1409	1683	1835	42,8 445	49,5 698	56,6 954	48,6 892	57,2 594	50,5 711	43,4 729	51,4 943	?	29,4	48,5	?	?	59,4	68,8	?	?	0	21,9	?
Thurgau	157	146	332	455	74,8 117	86,3 126	64,5 214	69,5 317	25,2 40	13,7 20	35,5 118	30,5 138	67,5	44,5	56,0	53,4	90,6	42,8	75,3	67,5	0	55,0	21,2	21,0
Tessin	374	781	920	2131	12,3 46	45,8 357	52,8 485	55,0 1173	87,7 328	54,2 424	47,2 435	45,0 1058	?	32,4	34,0	36,7	?	70,0	55,7	54,0	?	0,5	9,7	14,1
Waadt	8153	8489	8810	11 927	31,9 2608	43,3 3680	45,4 3997	48,4 5776	68,1 5545	56,7 4809	54,6 4813	51,6 6151	22,7	17,6	23,9	20,3	37,4	27,4	42,4	37,3	15,7	10,2	8,5	4,4
Wallis	366	407	388	500	19,1 70	20,1 82	10,3 40	82,4 412	80,9 296	79,9 325	89,7 348	17,6 88	7,0	1,0	8,2	15,8	21,4	4,9	57,5	12,4	3,4	0	2,6	31,8
Neuenburg	686	827	799	1229	64,2 441	53,8 445	63,5 507	75,0 922	35,8 245	46,2 382	36,5 292	25,0 307	40,8	39,6	34,6	40,6	53,5	58,0	48,7	49,5	19,2	18,1	10,3	14,3
Genf	648	1434	1537	1618	80,2 519	64,8 929	40,0 616	47,3 765	19,8 129	35,2 505	60,0 921	52,7 853	75,0	68,5	51,7	36,7	89,5	86,1	76,1	57,5	17,0	34,2	35,4	18,4
Städte Zürich	3514	3734	4898	5773	71,3 2505	64,3 2341	61,9 3030	61,8 3570	28,7 1009	35,7 1393	38,1 1868	38,2 2203	37,3	35,9	39,4	(47,1) 71,5	45,2	46,2	49,4	(59,2) 81,6	17,8	18,6	23,2	(27,6) 55,1
Basel	733	1000	1537	3144	77,9 571	60,0 600	?	?	22,1 162	40,0 400	?	?	79,4	64,5	81,8	60,0	91,1	86,5	?	?	38,3	31,5	?	?
Genf	648	1434	1537	1618	80,2 519	64,8 929	40,0 616	47,3 765	12,8 129	35,2 505	60,0 921	52,7 853	75,0	68,5	51,7	36,7	89,5	86,1	76,1	57,5	17,0	34,2	35,4	18,4
Bern	1976	2290	1199	1052	61,1 1208	54,6 1250	58,3 699	61,4 646	38,9 768	45,4 1040	41,7 500	38,6 406	43,1	62,4	72,5	80,8	54,0	54,7	75,9	84,2	25,8	71,6	67,6	74,9
Lausanne	1560	1946	2137	2668	60,8 948	63,2 1229	65,8 1406	67,8 1809	39,2 612	36,8 717	34,2 731	32,2 859	33,8	33,0	33,9	28,6	34,1	29,3	45,2	37,5	33,3	39,5	12,2	9,8
St. Gallen	293	328	361	517	58,0 170	75,0 246	59,0 213	70,2 363	42,0 123	25,0 82	41,0 148	29,8 154	61,5	62,3	53,5	43,9	80,6	74,4	?	48,2	35,0	25,6	?	33,1

berkuloseverdächtigen zu untersuchen, und zwar nach den Erfahrungen der Stettiner Fürsorgestelle, die nur Überweisungen von Ärzten und Behörden annimmt, mindestens halb soviel, 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 je 10 000 Einwohner 70 + 35 + 45 = 150 Neuaufnahmen nötig."

Dazu ist aber folgendes zu bemerken: Diese Berechnungen von Braeuning wurden 1922 veröffentlicht, wobei er sowohl für die Tuberkulose-Sterblichkeit als auch für die Zahl der Neuerkrankungen an offener Tuberkulose die Zahl 15 einsetzt. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist aber für das Jahr 1932 in der Schweiz auf rund 12 und diejenige an Lungentuberkulose auf rund 9 gesunken. Da wir aber aus Mangel einer Krankenstatistik über die Abnahme der Neuerkrankungen an offener Tuberkulose keine Auskunft erhalten, aber annehmen dürfen, daß sie mit der Abnahme der Sterblichkeit nicht parallel geht, da inzwischen auch die Heilungsaussichten für den Offentuberkulösen gestiegen sind, lassen wir die Zahl 15 für unsere Berechnungen doch gelten, da wir ja das von Braeuning erhaltene Resultat von 150 Neuaufnahmen pro 10 000 Einwohner lediglich als Meßzahl benützen wollen.

Leider führen nur wenige Fürsorgestellen die Zahl der Neuaufnahmen in ihren Jahresberichten auf, sodaß wir uns für diese Berechnungen an einige wenige Beispiele städtischer, gemischter und rein ländlicher Natur halten müssen.

Tabelle III. Zahl der Neuaufnahmen.

	1930		1932		Die Meßzahl von Braeuning wurde somit bis zu ? % erreicht	
	im Ganzen	auf 10 000 Einwohn. berechnet	im Ganzen	auf 10 000 Einwohn. berechnet	1930	1932
Stadt Zürich	1598	63	1850	71	42,0	47,3
Stadt Bern	327	29	316	27	19,3	18,0
Stadt Lausanne (Poliklinik)	672	83	734	91	55,3	60,7
Stadt u. Bezirk Winterthur	265	36	269	36	24,0	24,0
Kanton Zug	354	103	264	76	68,7	50,7
Bezirk Neuenburg	373	126	436	147	84,0	98,0
Bezirk Boudry	—	—	46	28	—	18,7
Bezirk Chaux-de-Fonds . .	95	26	103	30	17,3	20,0

Die Zahlen der Neuaufnahmen auf 10 000 Einwohner schwanken unter unsern Beispielen in Tabelle III zwischen 26 und 126 für 1930 und zwischen 27 und 147 für 1932. Wir haben somit die Braeuningsche Meßzahl für 1930 bis

zu maximal 84% und für 1932 sogar bis zu 98% erreicht in der Fürsorgestelle für den Bezirk Neuenburg, die ja die erste ärztlich geleitete Fürsorgestelle der Schweiz war und die ihren guten Ruf bis heute bewahrt hat. Die Fürsorgestelle der Stadt Bern und diejenigen der beiden Bezirke Boudry und Chaux-de-Fonds haben nur etwa einen Fünftel der Zahl erreicht, während der Anteil in andern Beispielen zirka die Hälfte ausmacht.

c) *Ärztliche Untersuchungen.*

Um festzustellen, wieviel ärztliche Untersuchungen ungefähr notwendig sind, um den Anforderungen zu genügen, macht Braeuning (l. c.) folgende Überlegungen: Auf einen Tuberkulose-Todesfall kommen 10 lebende Tuberkulöse, das macht also für 1932 als Durchschnittsziffer auf 10 000 Einwohner für die Schweiz rund 12 mal 10 = 120. Sie müssen mindestens einmal jährlich untersucht werden. Dazu kommen die oben errechneten 150 Neuaufnahmen (vide Seite 23), wobei angenommen wird, daß die Neuerkrankungen an Tuberkulose im ersten Jahr mindestens zweimal untersucht werden. Das würde also 300 Untersuchungen der Neuaufgenommenen machen; davon sind aber schon 120 in den errechneten Tuberkulösen enthalten, gibt somit noch 180. Man nimmt ferner an, daß die Angehörigen der offenen Tuberkulösen einmal im Jahr untersucht werden müssen. Die Sterblichkeit an Lungentuberkulose beträgt 1932 rund 9 auf 10 000, die durchschnittliche Lebensdauer der offenen Tuberkulösen beträgt nach der Feststellung der Stettiner und anderer Fürsorgestellen 2½ Jahre; also beträgt die Zahl der offenen Tuberkulösen 9 mal 2,5 = 22,5 und somit die Zahl der Angehörigen 22,5 mal 3 = 67. Von diesen 67 sind aber 45 abzuziehen, da sie schon unter den Neuaufnahmen enthalten sind, das gibt noch 22. Im ganzen sind mithin 120 + 180 + 22 = 322 ärztliche Untersuchungen auf 10 000 Einwohner im Jahre notwendig.

Wir wollen auch diese Meßzahl mit den Leistungen einzelner ärztlich geleiteter Fürsorgestellen vergleichen, wobei wir aber zum voraus bemerken möchten, daß unsere ärztlich geleiteten Fürsorgestellen im allgemeinen nicht alle ihre Schützlinge untersuchen. Öfters werden Fälle, denen zu Sanatoriumskuren verholfen werden soll, schon mit einem ärztlichen Zeugnis an die Fürsorgestelle gewiesen, wo sie dann in der Regel nicht nochmals vom Fürsorgearzt untersucht werden. Andere, die als Krankenkassenpatienten in Behandlung und Kontrolle ihres Hausarztes stehen, benützen die Fürsorgestelle lediglich als Hilfsquelle und als Beratungsstelle für hygienische Maßnahmen, Wohnungssanierung usw. Die Zahlen der Erstuntersuchungen decken sich also nicht mit denen der Neuaufnahmen. Hingegen scheint uns doch ein Vergleich der Zahl der ärztlichen Untersuchungen innerhalb einiger ärztlich geleiteter Fürsorgestellen, die diese Zahlen veröffentlichen, interessante Daten zu liefern.

Vor allem fällt die sehr große Zahl der Untersuchungen in Lausanne auf. Die Fürsorgestelle der Poliklinik führt aber, wie schon erwähnt, auch die

Tabelle IV. Zahl der ärztlichen Untersuchungen.

	1930		1932		Die Meßzahl von Braeuning wurde somit bis zu ? % erreicht	
	im Ganzen	auf 10 000 Einwohn. berechnet	im Ganzen	auf 10 000 Einwohn. berechnet	1930	1932
Stadt Zürich	6970	280	7437	286	86,9	88,8
Stadt Bern	1544	138	1568	136	42,8	42,2
Stadt Lausanne (Poliklinik)	9914*	1306	6101**	758	405,6*	235,4**
Stadt St. Gallen	631	101	377	59	31,4	18,3
Stadt u. Bezirk Winterthur	1746	237	1585	212	73,6	65,8
Kanton Zug	569	165	653	188	51,2	58,4
Bezirk Neuenburg	1167	394	1378	406	122,4	126,1
Bezirk Chaux-de-Fonds . .	1554	422	1577	460	131,1	142,8

* = inkl. Behandlung. ** = nur diagnostisch.

Behandlung ihrer Schützlinge durch, was natürlich die Zahl der Kontrolluntersuchungen sehr stark ansteigen läßt. Das gleiche gilt für die Fürsorgestellen von Neuenburg und Chaux-de-Fonds, die beide die Meßzahl von Braeuning wesentlich überschritten haben. Von den deutschschweizerischen Beispielen unserer Aufstellung wurde die Meßzahl nirgends ganz erreicht. Die Zahl der ärztlichen Untersuchungen pro 10 000 Einwohner schwankt für 1930 zwischen 101 und 280 und für 1932 sogar zwischen 59 und 286. Es wäre aber ganz verfehlt, wollte man aus diesen Unterschieden sofort ein Werturteil der betreffenden Fürsorgestellen fällen, sondern diese Differenzen zeigen uns nur, daß die Auffassung über die Tätigkeit einer Fürsorgestelle von Ort zu Ort verschieden ist, und daß sich die Fürsorgestelle der Eigenart der Gegend weitgehend anpaßt. (Unter Eigenart verstehen wir die mehr oder weniger große Sympathie bei den Ärzten, die Vorliebe der Patienten zu privatärztlichen Kontrolluntersuchungen (Krankenkasse), die dann mit einem ärztlichen Zeugnis in die Fürsorgestelle kommen.) Die Fürsorgestelle der Stadt St. Gallen ist unter unsern Beispielen mit der kleinsten Zahl vertreten, wir sehen aber in ihren Jahresberichten, daß die ärztliche Sprechstunde der Fürsorgestelle nicht ganz von der Hälfte ihrer Schützlinge aufgesucht wird. Für 1930 z. B. suchten 361 Personen die Fürsorgestelle auf. In die ärztliche Sprechstunde gingen 152 Patienten, die 631 Untersuchungen benötigten. Die Zahl der Tuberkulose-Kranken beträgt aber 193. Es zeigt sich somit, daß nicht einmal alle Tuberkulösen die ärztlichen Sprechstunden benützen. Von den 152 Sprechstunden-Patienten hat aber jeder durchschnittlich 4,15 Untersuchungen genossen. Gewiß eine schöne Leistung.

Zusammenfassend können wir also sagen, daß wir aus Tabelle IV kein Werturteil einzelner Fürsorgestellen herauslesen können. Hingegen zeigt uns diese Zusammenstellung sehr gut die großen Unterschiede in der Tuberkulose-Fürsorge sogar innerhalb der ärztlich geleiteten Fürsorgestellen unseres Landes.

d) Die Zahl der bekannten Tuberkulose-Todesfälle.

Wir wollen uns die Frage vorlegen: Wieviele Tuberkulose-Todesfälle waren vor ihrem Ableben der Fürsorge bekannt? Der Prozentsatz der bekannten Todesfälle scheint uns ein gutes Kriterium für die Leistungen einer Fürsorgestelle zu sein, da wir uns hier auf bekannte Zahlen berufen können und jede Mutmaßung wegfällt. Die Zahlen der Todesfälle unter den Befürsorgten sind aber auch nur in den Jahresberichten von wenigen antituberkulösen Organisationen ersichtlich. Unsere Bemühungen, diese Zahlen von verschiedenen Fürsorgestellen zu erhalten, blieben ohne Erfolg und wir müssen uns daher wieder an einige wenige Beispiele halten. Die Zahlen der Gesamttodesfälle an Tuberkulose nehmen wir für den Kanton Basel-Stadt und die Stadt Zürich aus den Jahresbüchern der betreffenden lokalen statistischen Ämter, für alle andern dienen uns die Angaben des Eidgenössischen Statistischen Amtes als Quellen.

Tabelle V. Zahl der Tuberkulose-Todesfälle.

	An Tuberkulose gestorben			Davon durch Fürsorge erfaßt			Anteil der erfaßten Todesfälle in %		
	1925	1930	1932	1925	1930	1932	1925	1930	1932
Kanton Zürich total . .	682	583	627	164	177	314	24,0	30,4	50,1
„ „ (ohne Zch.-Stadt)	428	349	374	68	64	148	15,9	18,3	39,6
„ Baselstadt . . .	176	148	168	63	80	114	35,8	54,0	79,8
„ St. Gallen . . .	—	374	353	—	44	55	—	11,8	15,6
„ Genf	325	242	252	35	45	40	10,8	18,6	15,9
Stadt Zürich	254	234	253	96	113	166	37,8	48,3	65,6
„ Bern	148	149	140	38	44	50	25,7	29,5	35,7
„ St. Gallen . . .	104	82	96	25	14	14	24,0	17,1	14,6
Chaux-de-Fonds	—	—	50	—	—	12	—	—	24,0

Tabelle V zeigt uns, daß in unsern Beispielen — mit Ausnahme von Genf und Stadt St. Gallen — die Zahlen der vor ihrem Ableben der Fürsorge bekannten Tuberkulose-Todesfälle stark ansteigen. Dieses starke Ansteigen kommt namentlich bei den Fürsorgestellen von Basel und Zürich sehr deutlich zum Ausdruck. In Basel waren 1932 ca. 80% aller Tuberkulose-Todesfälle unter Befürsorgten zu finden. Wir wollen diesem starken Ansteigen etwas näher auf den Grund gehen. Wir betrachten zu diesem Zweck die Zahl der Tuberkulose-Todesfälle in bezug auf den Anteil der Befürsorgten für eine Reihe aufeinanderfolgender Jahre für die Stadt Zürich.

Während der prozentuelle Anteil der Fürsorge-Todesfälle von 1922 bis 1927 stets rund 40% betragen hat und zwischen 1928 und 1930 leicht angestiegen ist, finden wir einen plötzlichen, starken Anstieg im Jahre 1931, wo dieser Anteil zum erstenmal auf über die Hälfte aller Tuberkulose-Todesfälle

Tabelle VI. In der Stadt Zürich starben

in den Jahren	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
an Tuberkulose	243	243	273	254	236	239	240	248	234	244	253	255
davon durch die Fürsorge erfaßt	91	100	79	96	86	93	109	102	113	137	166	193
in %	37,4	41,2	28,9	37,8	36,4	38,9	45,4	41,1	48,3	56,1	65,6	85,8

angestiegen ist. Für 1933 finden wir sogar mehr als 85% aller an Tuberkulose Gestorbenen unter den Befürsorgten. Diese Zahl kann wohl als Idealzahl betrachtet werden, denn die restlichen 15% gehören nicht solchen Kreisen an, die einer Fürsorge bedürfen. Hier sehen wir nun recht deutlich eine segensreiche Auswirkung des Eidgenössischen Tuberkulose-Gesetzes, indem nun die Ärzte verpflichtet sind, „die Tuberkulose in allen Fällen zu melden, wo der Kranke nach dem Stand der Krankheit und seinen persönlichen Verhältnissen eine Ansteckungsgefahr bildet." (10, Art. 2.) Durch diese Meldepflicht der Ärzte wird es sicher einer planmäßigen Fürsorge in Zukunft noch in vermehrtem Maße möglich sein, Ansteckungen zu verhüten. Eine Fürsorgestelle soll aber weiterhin ihr möglichstes tun, eine große Zahl der Tuberkulose-Kranken aufzuspüren, bevor ihr die gesetzlich vorgeschriebene Meldung durch den Arzt zukommt, denn es ist für die Bekämpfung der Tuberkulose ausschlaggebend, zu welchem Zeitpunkt der Erkrankung der einzelne Patient erfaßt wird. Es genügt nicht, daß erst kurze Zeit vor dem Tode eine Infektionsquelle bekannt wird, die vielfach schon jahrelang bestanden hat. Über den Zeitpunkt des Fürsorgeeintrittes von verstorbenen Patienten geben unsere Jahresberichte keine Auskunft. Braeuning (zitiert nach Baer, 4, S. 264) gibt an, daß ihm nur 18% der Offentuberkulösen früher als geschlossene Tuberkulösen bekannt waren. Baer (4, S. 264) erreicht in München nur 15%, während Guggenheim (11, S. 75) unter den Todesfällen der Fürsorgestelle Zürich-Kernstraße 20% findet, die im Laufe der Fürsorge „offen" wurden. In Hinsicht einer möglichst frühzeitigen Befürsorgung des Tuberkulose-Kranken sind wir sicher von einer „Idealzahl" noch sehr weit entfernt.

Wir haben schon weiter oben (Seite 23) der Vermutung Ausdruck gegeben, daß der Braeuningsche Faktor 10 zur Berechnung der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulose-Kranken für unsere Verhältnisse zu klein sei, daß also die Zahl der Tuberkulösen größer sei als die Zahl der an Tuberkulose Gestorbenen multipliziert mit 10. Vergleichen wir nun einmal die letzte Kolonne der Tabelle I mit den Tabellen V und VI. Auf der Grundlage des Faktors 10 aufbauend, finden wir z. B. für den Kanton Basel-Stadt die Zahl der Tuberkulose-Kranken für 1930 mit 1560 und für 1932 mit 1780. Davon waren der Fürsorge 1930 70,6% und 1932 106% bekannt. Der Anteil der Todesfälle unter Befür-

sorgten beträgt aber für diese Jahre nur 54,0, resp. 79,8%. In der Stadt Zürich waren nach der gleichen Berechnung der Fürsorge bekannt:

1922 = 51,4%
1925 = 48,2%
1930 = 85,7%
1932 = 108,8% aller Tuberkulösen.

Von den Verstorbenen für die gleichen Jahre waren aber vor dem Tode der Fürsorge bekannt für

1922 = 37,4%
1925 = 37,8%
1930 = 48,3%
1932 = 65,6% aller an Tuberkulose Verstorb.

Wenn wir annehmen, daß die Maximalzahl der erfaßten Tuberkulösen nicht über 80% liegen kann, und daß die restlichen 20% eine Fürsorge nicht nötig haben, wenn wir weiter bedenken, daß unter den Verstorbenen viele erst kurz vor dem Tode der Fürsorge bekannt werden und somit der prozentuelle Anteil der Fürsorgetodesfälle unter den Gesamtuberkulosetodesfällen sicher größer ist als der prozentuelle Anteil der wegen einer aktiven Tuberkulose Befürsorgten unter der Gesamtzahl der Tuberkulösen, müssen wir zu der Überzeugung kommen, daß die nach Braeuning errechneten Zahlen der Tuberkulose-Kranken in unserer Tabelle I sicher bedeutend zu klein sind.

Wir wollen für diese beiden schlagenden Beispiele Basel und Zürich die Berechnung einmal auf der Basis 15 durchführen. Die mutmaßliche Zahl der Tuberkulose-Kranken beträgt dann für

den Kanton Basel-Stadt				und somit waren der Fürsorge bekannt			
1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932
3015	2685	2340	2670	19,3%	24,1%	53,8%	70,7%
und für die Stadt Zürich							
1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932
3825	4080	3375	3750	34,3%	32,9%	57,2%	72,6%

Bei der Berechnung auf Grundlage des Faktors 15 kommen wir für 1932 für unsere beiden Beispiele immer noch auf rund 70%, was für die Fürsorge als sehr gutes Resultat angesprochen werden könnte, das aber schon im Vergleich mit den Zahlen in Tabelle V und VI sicher noch bedeutend zu hoch ist. Wenn wir auch anerkennen, daß die Klassifizierung der Befürsorgten von Ort zu Ort verschieden ist, und annehmen wollen, daß in Basel und Zürich viele Patienten als „tuberkulös" aufgeführt werden, die an andern Orten nur „gefährdet" wären, dürfen wir doch behaupten, daß der Braeuningsche Faktor 10 zur Berechnung der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulose-Kranken

für unsere Verhältnisse zu klein ist, und daß sicher für städtische Verhältnisse wie in Basel und Zürich mindestens der Faktor 15 in Anwendung gebracht werden muß. Somit sind also die Resultate, wie wir sie in der letzten Kolonne der Tabelle I erhalten haben, sicher zu hoch.

Nachdem wir diese Berechnungen längst abgeschlossen hatten, in denen wir zu beweisen versuchten, daß der Braeuningsche Faktor 10 zu klein sei, veröffentlicht Braeuning in einer neuen Arbeit (12) selbst eine Korrektur dieses Faktors. Seine neue Berechnung stützt sich vor allem auf die Erfahrungen mit den Reihendurchleuchtungen, die gezeigt haben, daß in Deutschland auf je 1000 der Gesamtbevölkerung 10—11 unbekannte aktive Lungentuberkulosen kommen, von denen 2—3 offen sind. Durch die Addition dieser unbekannten, aktiven Lungentuberkulosen zu den bekannten Fällen kommt Braeuning zur Schätzung, daß die Gesamtzahl der aktiven Lungentuberkulosen unter 1000 Einwohner mit 16—19 anzusetzen ist. In dieser Zahl sind 5—7 Offentuberkulöse enthalten. Nach dieser Berechnung sind also ungefähr 2% der Bevölkerung tuberkulös und unter diesen 0,5 bis 0,7% offentuberkulös. Die Volkszählung von 1930 als Grundlage genommen, hätten wir also in der Schweiz die riesige Zahl von rund 80 000 Tuberkulösen, unter denen sich 20 000 bis 28 000 Offentuberkulöse befinden. Es kämen also für unsere Verhältnisse für das Jahr 1932 (9 Todesfälle an Lungentuberkulose auf 10 000 Einwohner) auf einen Todesfall an Lungentuberkulose 17—21 aktive Tuberkulosen.

Wir haben nach der Kenntnisnahme dieser neuen Arbeit von Braeuning unsere Berechnungen doch stehen gelassen, da die Methoden dieser Schätzungen ganz verschieden sind.

Wir wollen nun in Ergänzung der Tabelle I die Zahlen der mutmaßlichen Tuberkulose-Kranken in den einzelnen Kantonen und den sechs größten Städten mit dem Faktor 19, als Mittel zwischen 17 und 21, ermitteln und an Hand dieser Zahlen den Prozentsatz der Tuberkulösen berechnen, die der Fürsorge bekannt waren. Wir kommen so in Tabelle VII zu weit glaubwürdigeren Zahlen als in Tabelle I und es zeigt sich, daß allgemein noch sehr große Arbeit geleistet werden muß, um möglichst viele Tuberkulose-Kranken in Fürsorge zu bekommen, beträgt doch der Anteil der bekannten Tuberkulösen für 1932 nur in ganz wenigen Kantonen, resp. Städten über 50%, während in sechs Kantonen nicht einmal 10% erreicht wurden.

Wenn wir uns bis jetzt in der Hauptsache mit den Leistungen der Tuberkulose-Fürsorge in bezug auf die Zahl der Befürsorgten befaßt haben, so wollen wir nun noch die einzelnen Punkte der Fürsorgetätigkeit betrachten.

e) Beratung.

Die Hauptansteckungsgefahr der Tuberkulose liegt bekanntlich in der oft wiederholten und schweren (massigen) Infektion und in der Ansteckung im

Tabelle VII. (Vrgl. Tab. I, Seite 22.)

	Total der erfaßten Tuberkulosekranken				Mutmaßliche Zahl der Tuberkulosekranken (Faktor 19)				Der Fürsorge waren somit bekannt in %			
Kantone	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932	1922	1925	1930	1932
				(4646)								(39,0)
Zürich	2087	2392	3277	6053	13110	12958	11077	11913	15,9	18,5	29,6	50,8
Bern	963	1630	1424	1621	20653	19893	16511	14478	4,5	8,2	8,6	11,2
Luzern	163	?	278	477	4674	5187	3895	3040	3,5	?	7,1	15,7
Uri	—	—	6	12	513	475	418	456	—	—	1,4	2,6
Schwyz	—	16	131	175	1710	2166	2014	1577	—	0,7	6,5	11,1
Obwalden	—	—	56	53	380	570	418	456	—	—	13,4	11,6
Nidwalden	—	—	18	19	399	266	285	266	—	—	6,3	7,1
Glarus	86	68	152	?	912	931	855	703	9,4	7,3	17,8	?
Zug	87	103	124	125	988	1254	1083	589	8,8	8,4	11,4	21,2
Freiburg	130	143	175	309	4731	4313	4180	4142	2,7	3,3	4,2	7,5
Solothurn	277	446	647	783	3648	3553	3287	3078	7,6	12,5	19,7	25,4
Baselstadt	582	645	1258	1887	3819	3501	2964	3382	15,2	18,4	45,8	55,8
Baselland	242	323	1057	748	1919	1900	1919	1444	12,6	17,0	55,1	51,8
Schaffhausen	67	50	142	170	1368	1254	874	1102	4,9	4,0	16,2	15,4
App. A.-Rh.	28	70	172	180	1292	1425	1254	874	2,2	4,9	13,7	20,6
App. I.-Rh.	—	—	15	23	437	399	285	342	—	—	5,3	6,7
St. Gallen	365	479	593	789	8987	9196	7106	6707	4,1	5,2	8,3	11,8
Graubünden	19	47	200	165	4161	3667	3648	3515	0,5	1,3	5,5	4,7
Aargau	?	415	816	?	7543	6308	5605	5624	?	6,6	14,5	?
Thurgau	106	65	186	243	3040	3800	2698	2185	3,5	1,7	6,9	11,1
Tessin	?	252	312	783	5605	5149	4465	3439	?	4,9	7,0	22,8
Waadt	1849	1499	2101	2423	11191	10868	8132	8246	16,5	13,8	25,8	29,4
Wallis	25	4	32	79	4731	4598	5016	4864	0,5	0,1	0,6	1,6
Neuenburg	280	327	277	500	3610	3990	3173	2717	7,8	8,2	8,7	18,4
Genf	486	976	795	595	6441	6175	4598	4788	7,5	15,8	17,3	12,4
Städte				(2722)								(57,3)
Zürich	1312	1341	1931	4129	4845	5168	4275	4750	27,1	25,9	45,2	91,1
Basel	582	645	1258	1887	3686	3306	2888	3192	15,8	19,5	43,6	59,1
Genf	486	976	795	595	5206	4959	3895	3477	9,3	19,7	20,4	17,1
Bern	851	1429	869	850	3192	2812	2831	2660	26,7	50,7	30,7	32,0
Lausanne	527	643	724	762	2660	2470	1824	1748	19,8	26,0	39,7	43,6
St. Gallen	180	204	193	226	1957	1976	1558	1824	9,2	10,3	12,4	12,4

frühen Kindesalter, und diese lassen sich bis zu einem gewissen Grade verhüten. Durch Beratung und Aufklärung der Kranken und ihrer Umgebung über die Ansteckungsgefahr und ihre Beseitigung kann hier der Arzt manches erreichen, in weit höherem Maße aber die Fürsorgerin, deren eigentliches Arbeitsgebiet hier beginnt. Das Mittel dazu ist neben dem Hausbesuch, von dem wir noch sprechen werden, die Beratung auf der Fürsorgestelle, die ein wichtiger Zweig der Fürsorgearbeit ist. Daher befassen sich auch alle Fürsorgestellen unseres Landes in weitgehendem Maße mit der Beratung und der Aufklärung in bezug auf die Ansteckung durch die Tuberkulose und deren Verhütung. Daß in den ärztlich geleiteten Fürsorgestellen auch der Arzt hier seinen Teil beiträgt, ist wohl selbstverständlich, denn eine ärztliche Untersuchung ist bei positivem Befund nicht denkbar, ohne daß nicht der Arzt den Patienten über

den Grad seiner Krankheit aufklärt und ihm gleichzeitig Ratschläge für seine Lebensweise mitgibt. Die Beratung auf der Fürsorgestelle geht aber viel weiter und erstreckt sich nicht nur auf das Verhalten des ansteckungsfähigen Kranken gegen seine Umgebung, sondern bezieht sich auf die mannigfaltigsten Punkte, so vor allem auf die Wohnungsverhältnisse und auf die finanzielle Notlage des Hilfesuchenden. Auf den Fürsorgestellen wurden daher besondere Beratungsstunden eingeführt, die überall stark besucht werden. Diese Arbeit erfordert von der Fürsorgerin neben vielseitigen Kenntnissen viel soziales Verständnis und Takt.

Immer noch eine der Hauptaufgaben aller Tuberkulose-Fürsorgeorganisationen bildet die

f) Vermittlung und Finanzierung von Sanatoriumskuren,

Spitalaufenthalten und Kuren in Erholungsheimen. Außer der Waadtländer Liga und deren Sektionen, unterhalten die meisten andern antituberkulösen Organisationen keine eigenen Sanatorien und Kuranstalten, und es stehen ihnen somit für ihre Patienten außer den Spitälern vor allem die kantonalen Volksheilstätten zur Verfügung. Die dauernde Überfüllung dieser Heilstätten bringt es aber mit sich, daß die Patienten oft wochen-, ja monatelang auf den Sanatoriumseintritt warten müssen. In der Wartezeit aber besteht für die Umgebung die Infektionsgefahr weiter, und die Heilungsaussichten des Kranken werden oft verschlechtert. Um diesem Übelstand abzuhelfen, wurde bereits in einem Kanton eine zweckmäßige Einrichtung geschaffen, die hoffentlich bald in allen Kantonen folgen wird, nämlich die Kurnachweisstelle im Kanton Bern, die durch die kantonale Sanitätsdirektion ins Leben gerufen und der Bernischen Liga gegen die Tuberkulose zum Betrieb übergeben wurde. Durch ein einheitliches Kostgeld in allen Tuberkuloseanstalten (Sanatorien, Tuberkulose-Pavillons der Bezirksspitäler) konnte diese Zentralisation in der Kurversorgung verwirklicht werden. Da wir dieser Einrichtung eine sehr große Bedeutung zumessen, zitieren wir den gesamten Abschnitt über das Aufnahmeverfahren aus den „Richtlinien für die Organisation der öffentlichen Tuberkulose-Kurversorgung und des Tuberkulose-Fürsorgewesens im Kanton Bern" (13) vom 23. Juni 1932. § 6 der erwähnten Verordnung heißt:

„Das Aufnahmeverfahren für die sämtlichen öffentlichen Kur- und Pflegeanstalten ist einheitlich zu ordnen. Die ärztlichen Anmeldungen zur Kur- und Pflegeversorgung werden, unter kurzer Charakterisierung des Falles, auf besondern, einfach gehaltenen Formularen an eine von der Bernischen Liga gegen die Tuberkulose geführte Zentralstelle geleitet, die ständig über die Zahl der verfügbaren Betten in sämtlichen zur öffentlichen Kur- und Pflegeversorgung herangezogenen Anstalten unterrichtet ist. Dabei kann auf dem Anmeldeformular zum Ausdruck gebracht werden, welche Anstalten, nach Maßgabe des verfügbaren Platzes, vom anmeldenden Arzte und vom Patienten bevorzugt

und welche eventuell nicht gewünscht werden. Die Zentralstelle meldet unverzüglich zurück, wo der Patient ohne Verzug seine Kur antreten kann und wann er dort erwartet wird. Wenn keine der gewünschten Stationen freie Betten zur Verfügung hat, so ist die Wahl einer andern Station Sache der Verständigung zwischen der Zentralstelle und dem anmeldenden Arzte.

Grundsätzlich soll die öffentliche Kurversorgung derart organisiert sein, daß die Wartefristen vor Kurantritt, vom Zeitpunkt der ärztlichen Anmeldung an, wegfallen, und daß die Kurdauer im Einzelfalle allein nach sachlichen Gesichtspunkten bemessen werden kann. Um dies zu gewährleisten, treten die Kurbedürftigen in der Regel zuerst in eine Kurstation des Tales ein, von wo aus der Übertritt in ein Höhensanatorium jederzeit erfolgen kann, wenn die Anstaltsbeobachtung dies wünschbar erscheinen läßt. Die geographisch und klimatisch verschieden gelegenen und zum Teil auch mit diagnostischen und therapeutischen Spezialaufgaben ausgestatteten Kuranstalten ermöglichen ganz allgemein die Durchführung der nach medizinischen und psychologischen Gesichtspunkten in vielen Fällen angezeigten Wechselkur. Der Anstaltswechsel aus ärztlicher Indikation oder auf Wunsch des Patienten wird durch die Zentralstelle vermittelt, wobei der Anstalt, in die der Patient übertritt, Krankengeschichte und Röntgenbilder der Anstalt, in der er bisher verpflegt worden ist, zur Einsicht zugestellt werden."

Durch diese Institution ist eine zweckmäßige Auslese der Sanatoriumspatienten weitgehend garantiert, und es wird so vermieden werden können, daß sich in den Heilstätten immer Leute finden, die wohl erholungsbedürftig, aber keineswegs tuberkulös sind, und die somit denjenigen Tuberkulose-Kranken, die von einer Höhenkur ihre Genesung erhoffen können, den Platz wegnehmen. Auf der andern Seite werden auch die hoffnungslosen Fälle, denen eine Sanatoriumskur nicht mehr helfen kann, oder denen das Höhenklima aus ärztlicher Indikation (Herzschwäche usw.) nicht empfohlen werden kann, von der Heilstätte ferngehalten und in einem Bezirksspital verpflegt, wo sie von ihren Angehörigen leichter besucht werden können. Dadurch, daß aber alle Patienten vorerst in einer solchen Station aufgenommen werden, verlieren diese Tuberkulose-Pavillons den für die Patienten nicht ermunternden Ruf der „Sterbehäuser".

Mit der Kurvermittlung allein ist es aber meistens noch nicht getan, sondern sehr oft muß die Fürsorgestelle oder Liga auch die Finanzierung einer solchen Kur in Ordnung bringen, indem sie einen Kurbeitrag ausrichtet, oder aber dem betreffenden Sanatorium, resp. Spital oder Erholungsheim, Kostengutsprache leistet, sich aber bemüht, andere Organisationen für die finanzielle Mithilfe zu interessieren. Als solche kommen in Betracht: Krankenkassen, Jugendfürsorgeamt, Pro Juventute, Heimatgemeinde, Armenpflegen, verschiedene Wohltätigkeitsorganisationen usw. Die Patienten selber oder ihre Angehörigen zahlen an ihren Kuraufenthalt soviel ihnen möglich ist; ihre

eigenen Mittel würden aber sehr oft nicht zur Deckung der Gesamtkosten ausreichen. Die Fürsorgestellen geben von ihren eigenen Finanzen einen großen Teil für Kuren ab, aber die Hauptaufgabe der Fürsorgestelle besteht doch darin, die übrigen Stellen, die für die Finanzierung einer Kur in Betracht kommen, zu mobilisieren, um von ihnen einen möglichst großen Teil der Kosten zurückzuerhalten. Die Kurfinanzierung gibt daher einer Fürsorgestelle sehr viel Arbeit. Wenn die Fürsorgestelle gegenüber dem Sanatorium oder einer andern Heilanstalt die Kostengutsprache für einen bestimmten Fall übernimmt, kommt neben der größeren Arbeit noch das Risiko hinzu, da meistens auch der Patient sich an der Finanzierung seiner Kur beteiligt, das Geld von ihm aber oft nur sehr schwer, verspätet oder auch gar nicht zu bekommen ist. Aber ohne eine solche Vermittlerrolle der Fürsorgestelle würde in vielen Fällen eine Kur gar nicht durchgeführt werden können.

Wir haben in Tabelle VIII die Zahlen der vermittelten Kuren für das Jahr 1932 an Hand der betreffenden Jahresberichte — soweit diese Angaben darin ersichtlich sind — zusammengestellt und daneben die Kurbeiträge der verschiedenen antituberkulösen Organisationen der Schweiz, wie sie in „Gegen die Tuberkulose" (7) publiziert wurden, angeführt. Diese Summen stellen natürlich nicht nur die Kurbeiträge für die im Jahre 1932 vermittelten Kuren dar, sondern enthalten auch Beiträge an solche Patienten, die schon im Jahre vorher oder noch früher eine Heilstätte oder andere Kuranstalt aufgesucht haben, und ferner auch Beiträge an solche Patienten, die erst vom Sanatorium aus an eine Fürsorgestelle um finanzielle Hilfe gelangten, für die also eine Kurvermittlung weggefallen ist. Auf der andern Seite sind in den Zahlen der vermittelten Kuren natürlich auch diejenigen enthalten, die ohne finanzielle Mithilfe von antituberkulösen Organisationen durchgeführt werden konnten. Es läßt sich also an Hand dieser Angaben nicht ausrechnen, wie hoch sich der Beitrag pro Person stellt.

Im übrigen stellen die aufgeführten Summen unserer Tabelle nicht nur die reinen Ausgaben der Fürsorge-Organisationen zu diesem Zwecke dar, sondern die „Rückerstattungen" sind auch mitgezählt, das heißt, Gelder, die von anderer Seite für einen bestimmten Fürsorgefall der betreffenden Fürsorgestelle oder -organisation übergeben worden sind. Die Totalausgaben an Kurbeiträgen für unser Stichjahr stellt sich auf mehr als 3½ Millionen Franken und zeigt uns also recht deutlich, daß der Umsatz der antituberkulösen Organisationen an „Kurbeiträgen" sehr groß ist. Die Aufwendungen der Fürsorgestellen aus eigenen Mitteln werden wir bei den Betrachtungen über die Einnahmen und Ausgaben in großen Zügen noch zu besprechen haben. Hier sollen uns diese Zahlen ja nur ein Bild geben von der sehr großen Arbeit, die auf diesem Gebiet geleistet wird.

Eine Zentralisierung der Kurvermittlung auf eine kantonale Kurvermittlungsstelle nach dem Vorbild des Kantons Bern ist also nicht nur in Hin-

Tabelle VIII. Kurvermittlung.

Vereinigungen und Fürsorgestellen	Im Jahre 1932 vermittelte Kuren			An Kurbeiträgen wurden insgesamt ausgegeben
	Sanatoriumskuren	Spitalaufenthalte	Erholungs- und prophylakt. Kuren	
Zürich, Städtische Fürsorgestellen	769	436	577	320 332
Winterthur, Bezirksfürsorgestelle	145	50	109	58 704
Kant. Ligakomitee u. übrige F-St d. Kantons	568	152	325	203 139
Bern, Hilfsbund für Lupuskranke	—	—	—	3 545
Bern, Kant. Hilfsbund für chirurg. Tbc	—	—	—	39 506
F-St der Stadt Bern mit Tbc-Komm. des Gem. Frauenvereins	128	118	200	56,735
Übrige Fürsorgestellen des Kantons Bern	256		116	111 458
Verein für ein Luzerner Sanatorium	299	—	32	267 205
Luzern, Frauenliga zur Bekämpfung der Tbc	62			10 059
Urnerische Vereinigung gegen die Tuberkulose	?	?	?	3 386
Schwyz, Liga gegen die Tuberkulose	71	22	5	44 433
Obwalden, Tuberkuloseverein des Kantons	43	9	4	18 591
Nidwaldner Vereinigung zur Bekämpf. d. Tbc		30		4 692
Glarus, Tbc-Kommission der gemeinnützigen Gesellschaft	—	—	—	8 971
Glarus, Fürsorgestellen des Kantons	46	6	9	28 528
Zug, kantonale Frauenliga und Fürsorgestelle	105	19	67	16 651
Freiburg, Liga gegen die Tuberkulose	130		84	151 117
Solothurn, Frauenliga, Vereinigung und F-St Olten und Balsthal		1099		285 999
Baselstadt, Liga gegen die Tuberkulose	379	18	155	189 270
Basel, Kathol. Hilfsverein zur Bekämpfung der Tuberkulose		73		13 138
Baselland, Liga gegen die Tuberkulose		288		62 877
Schaffhausen, Liga zur Bekämpfung der Tbc	?	?	?	39 533
Appenzell A.-Rh., Liga, kant. Tbc-Stiftung und Fürsorgestelle	?	?	?	50 545
Appenzell I.-Rh., Fürsorgestellen	23			7 572
St. Gallen, Fürsorgestelle der Stadt	113		26	20 229
St. Gallen, Gesellschaft zur Bekämpfung der Tbc und übrige F-St	425		102	158 967
Graubünden, Verein zur Bekämpfung der Tbc und Fürsorgestellen	?	?	?	21 799
Davos, Hilfsverein für Lungenkranke schweizerischer Nationalität	—	—	—	45 994
Aargauische Frauenliga z. Bekämpfung d. Tbc	343	109	631	227 352
Aargauischer katholischer Hilfsverein für Tbc	?	?	?	14 185
Thurgau, Fürsorgestellen des Kantons	?	?	?	147 006
Tessin, Liga und Fürsorgestellen	?	?	?	111 731
Fonds für arme Tuberkulöse im Tessin	—	—	—	117 531
Legat Brown und andere Organisationen (9)	?	?	?	57 688
Waadt, Waadtländer Liga	1552		249	84 845
Lausanne, Fürsorgestelle „La Source"	18		24	130
Lausanne, Fürsorgestelle der Poliklinik	239	126	250	58 870
Lausanne, Secrétariat vaudois de l'Enfance	—	—	—	1 203
Wallis, Oberwalliser Liga gegen die Tbc		16		12 120
Wallis, Regionale Ligen im Unterwallis	?	?	?	1 480
Neuenburg, Ligen und Fürsorgestellen	150	60	373	126 651
Genf, Liga und Fürsorgestellen	265	134	539	132 248
„Pro Juventute"	—	—	—	309 131
Schweiz. Vereinigung gegen die Tuberkulose (Unterstützungsfonds)	—	—	—	13 187
Total				3 658 333

blick auf die Aufhebung der Wartefristen für den Sanatoriumseintritt sehr empfehlenswert, sondern die einzelnen Fürsorgestellen würden dadurch wesentlich in ihrer Arbeit und ihrer Mühe, ihren Kranken Kurplätze zu finden, entlastet. Die einzelne Fürsorgestelle würde ihre Kurpatienten einfach der Zentralstelle melden und die vielen Anfragen wegen freien Sanatoriumsbetten kämen für die Fürsorgestelle in Wegfall.

g) Wirtschaftliche Hilfe, Unterstützung durch Sachleistungen.

Die Fürsorgestelle kann sich nicht auf Beratung und Kurversorgung beschränken, sondern sie wird auch bei den zu Hause verpflegten Kranken helfend eingreifen müssen. Diese Hilfe besteht in Unterstützungen durch Ausleihen oder Abgabe von Gegenständen, die mittelbar oder unmittelbar den Kampf gegen die Tuberkulose unterstützen. Als Unterstützungen durch Sachleistungen kommen hauptsächlich in Betracht:

1. Ausleihen von Betten und Wäsche;
2. Abgabe von Kleidern und Wäsche;
3. Abgabe von Spucknäpfen und Fieberthermometern;
4. Abgabe von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln;
5. Besorgung der Wäsche;
6. Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln;
7. Wohnungssanierung, Mietzinszuschüsse;
8. Haushaltungshilfe;
9. Barunterstützung.

Verschiedene Fürsorgestellen haben sich zur Bewältigung dieser Arbeit mit andern Institutionen zusammengeschlossen, die für die Unterstützung durch Sachleistungen besorgt sind. So sind zum Beispiel die Damenkomitees zu erwähnen, wie sie in verschiedenen regionalen Ligen des Kantons Neuenburg bestehen. Auch die Fürsorgestelle der Stadt Bern hat diesen Zweig der Fürsorge der Tuberkulose-Kommission des Schweizerischen Gemeinnützigen Frauenvereins, Sektion Bern, überlassen, welche sich in Zusammenarbeit mit der Fürsorgestelle mit der Kleider- und Wäschebeschaffung, mit dem Waschen von Krankenwäsche, mit dem Ausleihen von Betten und der Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln befaßt.

Wir haben versucht, eine Tabelle über die von den einzelnen Fürsorgestellen gewährten Sachunterstützungen aufzustellen. Da sehr viele Jahresberichte von Fürsorgestellen und antituberkulösen Organisationen über diese Punkte keine Auskunft geben, wollten wir an Hand eines Fragebogens das Material vervollständigen. Wir haben auf diesen Fragebogen die einzelnen Punkte der Sachleistungen angeführt, die Antworten wurden aber in dem Sinne mangelhaft gegeben, daß Fragen bejaht wurden, wenn sich die betreffende Fürsorgestelle nicht prinzipiell gegen eine gewisse Sachleistung ausspricht,

diese Leistung aber infolge finanzieller oder andern Schwierigkeiten nicht durchgeführt wird. Wir müssen daher von der Publikation dieser umfangreichen Tabellen absehen, da sie nicht imstande sind, ein genaues Bild über diese Art von Fürsorge zu geben. Wir haben uns aber doch an Hand dieses Materials an den meisten Orten von der Art und dem Umfang der Unterstützung durch Sachleistungen ein Bild machen können und auch gesehen, ob diese Art Unterstützung rein charitativ durchgeführt wird, oder ob sie mit der Fürsorge als Seuchenbekämpfung in Einklang steht und zielbewußt durchgeführt wird. Wir wollen daher die oben aufgeführten Punkte, die für diese Unterstützungen in Frage kommen, einzeln besprechen und dabei prinzipielle Ablehnungen irgend eines Punktes der Sachleistungen durch eine Fürsorgestelle oder antituberkulöse Organisation in den einzelnen Abschnitten erwähnen.

1. *Ausleihen von Betten und Wäsche.* Wenn einem Kranken auf der Fürsorgestelle gesagt wird, er müsse allein in einem Bett und allein, oder höchstens mit einem Erwachsenen zusammen in einem Zimmer schlafen, ist nicht viel erreicht, sondern die Fürsorgestelle muß auch dafür sorgen, daß der Kranke diese Maßnahmen durchführen kann. Daß es immer sogar Offentuberkulöse gibt, die beim Eintritt in die Fürsorge nicht allein in einem Bett schlafen, ist eine Tatsache, die an allen Orten beobachtet wird. Leider geben die Jahresberichte über diesen Punkt keine Auskunft, und die Angaben über die sozialen Verhältnisse ihrer Schützlinge werden in der Regel von den Fürsorgestellen nicht zusammengestellt, so daß für die ganze Schweiz im Rahmen dieser Arbeit von einer Behandlung dieser Fragen abgesehen werden muß. Guggenheim (11, S. 49) gibt z. B. für Zürich an, daß von 808 Offentuberkulösen bei ihrem Eintritt in die Fürsorge 53,7% kein eigenes Zimmer und 3,5% kein eigenes Bett hatten. Unter 3321 Befürsorgten der Kategorie „ohne Befund und Gefährdet" war der Anteil der Fälle ohne eigenes Bett 11,4% und unter 1162 Fällen mit geschlossener Tuberkulose 4,5%. In vielen Gegenden auf dem Lande dürften diese Zahlen noch weit höher sein. Durch das Zusammenschlafen eines Offentuberkulösen mit einem Gesunden, ja vielleicht sogar mit einem Kinde, ist natürlich einer massigen Infektion Tor und Tür geöffnet, und es ist daher ein sehr wichtiger Punkt in der Tuberkulosefürsorge, diese Infektionsgefahr soweit als möglich zu verhüten. Die meisten Fürsorgestellen der Schweiz befassen sich denn auch mit der leihweisen Abgabe von Betten und der dazu gehörenden Bettwäsche. Im Kanton Thurgau wurde diese Frage auf unseren Fragebogen allerdings von einigen Fürsorgestellen verneint. Wir sind der Ansicht, daß keine Fürsorgestelle dulden sollte, daß ein ihr bekannter Tuberkulosekranker und vor allem nicht ein Offentuberkulöser mit einem Gesunden im gleichen Bett schläft, sondern daß jede Fürsorgestelle ihr möglichstes tun sollte, daß diesem unhaltbaren Zustand sofort abgeholfen werden kann, sei es, daß sie selbst ein Bett ausleiht oder dafür Sorge trägt, daß dem Kranken von anderer Seite her ein Bett zur Verfügung gestellt wird.

Nur wenn diese notwendige Maßnahme getroffen ist, kann eine Fürsorgestelle ihrer Aufgabe als Zentrum der Tuberkulosebekämpfung als Volksseuche gerecht werden. Braeuning (8) zeigt gerade an der Art, wie eine Fürsorgestelle diesen Arbeitszweig ausführt, den Unterschied zwischen einer individual-medizinischen Einstellung und der seuchenbekämpferischen modernen Fürsorgestelle. Er führt an, daß eine individual-medizinisch arbeitende Fürsorgestelle soviel Betten ausleihen wird, „als ihre Mittel erlauben und sich in ihrem Bericht auf die Mitteilung beschränkt, wieviel Betten ausgeliehen sind und wieviel Kosten dadurch entstanden sind. Wer aber das Problem der Bettenausleihe vom Standpunkt der Seuchenbekämpfung aus betrachtet, wird zunächst feststellen, wieviel Offentuberkulöse im Bezirk der Fürsorgestelle sich befinden. Diese Zahl kann er aus der Zahl der Todesfälle und aus der Einwohnerzahl berechnen (vide Seite 27). Er wird weiter fragen, wieviel von diesen errechneten Offentuberkulösen der Fürsorgestelle bekannt sind und warum ein bestimmter Prozentsatz der Fürsorgestelle entgangen ist. Die weitere Frage ist, wieviel Prozent der bekannten Offentuberkulösen haben ein eigenes Bett und warum hat ein gewisser Prozentsatz trotz der Arbeit der Fürsorgestelle kein eigenes Bett: wieviel lehnten die Annahme eines Bettes von der Fürsorgestelle ab und warum? bei wievielen scheiterte die Ausleihe eines Bettes daran, daß die Wohnung zu klein war für die Aufstellung eines weiteren Bettes, und warum konnte der Familie keine größere Wohnung gegeben werden? in wieviel Fällen endlich scheiterte die Ausleihe daran, daß die Geldmittel der Fürsorgestelle nicht ausreichten? Erst zuletzt stellt sich eine so arbeitende Fürsorgestelle die Frage, wieviel Betten tatsächlich ausgeliehen sind und wieviel Kosten dadurch entstanden sind. Dabei ist sie sich wohl bewußt, daß nicht diejenige Fürsorgestelle am besten arbeitet, welche die meisten Betten ausleiht, sondern die, in deren Bezirk die geringste Anzahl von Offentuberkulösen sich befindet, die kein eigenes Bett hat. Vielleicht erreicht das Ziel eine Fürsorgestelle ohne Ausleihen von Betten, indem sie die Kranken erzieht, sich selbst Betten zu verschaffen."

2. *Abgabe von Kleidern und Wäsche.* Viele Fürsorgestellen unseres Landes geben an bedürftige Patienten Kleider und Unterwäsche ab. Ein solches Vorgehen verdient vom charitativen Standpunkt aus betrachtet alle Anerkennung, eine Fürsorgestelle sollte aber damit ihre Kasse nicht belasten, sondern sich nur auf die Verteilung von freiwilligen Spenden beschränken. Wenn einer Fürsorgestelle durch ein Damenkomitee (z. B. regionale Ligen im Kanton Neuenburg) oder durch einen andern privaten Wohltätigkeitsverein Kleider und Wäsche zur Verfügung gestellt werden, so ist natürlich die Fürsorgerin für eine Weiterleitung dieser Gaben die gegebene Person, da sie in die ökonomischen Verhältnisse ihrer Schützlinge weitgehend Einblick erhält. Die Fürsorgerin darf aber damit nicht viel Zeit verlieren, da noch dringendere Aufgaben der Erledigung harren. Zudem besteht durch solche Hilfeleistung

auch die Gefahr, daß eine Fürsorgestelle mehr und mehr zu einer charitativen Unterstützungsstelle wird und die seuchenbekämpferischen Prinzipien in den Hintergrund gestellt werden.

3. *Abgabe von Spucknäpfen und Fieberthermometern.* Diese ist vom Standpunkt der Seuchenbekämpfung sehr zu begrüßen. Durch die Abgabe von Spucknäpfen wird der Ansteckungsgefahr direkt entgegengetreten, und durch die Abgabe von Fieberthermometern wird der Kranke angehalten, seine Körpertemperatur regelmäßig zu kontrollieren. Mit der Abgabe von hygienischen Artikeln allein ist es aber nicht getan, die Hauptsache ist die Belehrung insbesondere über die Sauberkeit (Staub- und Schmierinfektion) und die Vermeidung der Tröpfcheninfektion. Daß die Fürsorgerin bei ihren Hausbesuchen sich vergewissern muß, daß die Spucknäpfe überhaupt von den Patienten gebraucht werden, ist eine Forderung, die ihre vollständige Berechtigung hat, denn es wird von vielen Fürsorgestellen, namentlich in Landgegenden, immer wieder die Beobachtung gemacht, daß trotz einem von der Fürsorgestelle zur Verfügung gestellten Spucknapf ein mit Sägemehl gefülltes, offenes Gefäß benützt wird, das den hygienischen Anforderungen in keiner Weise genügen kann. Namentlich wenn Kinder in der Wohnung sind, ist ein solches Vorgehen direkt fahrlässig, und es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben der Fürsorgerin, dafür zu sorgen, daß der Kranke seine Umgebung möglichst wenig gefährdet. Wenn überhaupt die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit einen Wert haben soll, so muß in erster Linie dafür gesorgt werden, daß die massigen Infektionsquellen verstopft werden. Es ist daher sehr erfreulich, daß die meisten Fürsorgestellen unseres Landes ihren Kranken in den gegebenen Fällen Spucknäpfe zur Verfügung stellen. (5 Fürsorgestellen des Kantons Thurgau haben diese Frage auf den erwähnten Fragebogen verneint; an einigen andern Orten wurde diese Frage nicht beantwortet.)

Eng verbunden mit der Abgabe von Spucknäpfen ist natürlich

4. *Die Abgabe von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln,* wobei es auch in erster Linie darauf ankommt, den Kranken oder seinen Angehörigen den Zweck und die Art der Desinfektion von Sputum und beschmutzter Wäsche klarzumachen. Dazu dienen neben der persönlichen Belehrung durch die Fürsorgerin besondere Merkblätter, die in einzelnen, leicht verständlichen Abschnitten das Verhalten der Kranken (Husten- und Spuckdisziplin) und die Reinlichkeit und Desinfektion seiner Umgebung enthalten. Auch die Schlußdesinfektion nach einem Todesfall oder nach Wohnungswechsel eines Offentuberkulösen ist Sache der Fürsorgestelle, sei es, daß die Fürsorgestelle selber für die Desinfektion sorgt, oder sei es, daß sie eine Desinfektion veranlaßt, wenn die Gemeinde diese Arbeit von amtswegen übernimmt.

5. *Besorgung der Wäsche.* Verschiedene städtische Fürsorgestellen befassen sich auch mit dem Waschen von Krankenwäsche. Sie leihen dazu an die Patienten Säcke zum Aufbewahren der schmutzigen Wäsche aus, die Wäsche

kommt in dieser Verpackung in die Wäscherei der Fürsorgestelle, wird dort desinfiziert und gewaschen. Diese sehr gute hygienische Maßnahme ist vor allem dann angebracht, wenn die Hausfrau selber erkrankt ist, oder wenn die Verhältnisse eine einwandfreie Behandlung der Wäsche nicht garantieren (keine Waschküche, Waschen im Zimmer oder in der Küche). Leider ist diese Maßnahme unter unsern Fürsorgestellen noch nicht so verbreitet, wie es zu wünschen wäre, und es sind vor allem nur städtische Fürsorgestellen, die sich damit befassen, da an vielen Orten die finanziellen Mittel eine Besorgung der Wäsche nicht gestatten würde.

6. *Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln.* Unter den Unterstützungen durch Sachleistungen ist wohl die Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln bei den Fürsorgestellen unseres Landes am stärksten verbreitet, ja die Ernährungsfürsorge wird an vielen Orten in sehr großem Umfang betrieben. Es besteht kein Zweifel, daß eine solche bei richtiger Auswahl der Fälle für die Tuberkulosebekämpfung sehr wertvoll sein kann, indem sie die Heilung befördert und dadurch die Entstehung neuer Infektionsherde zu verhindern vermag. Namentlich als Präventivaktion im Kindesalter scheint uns die Ernährungsfürsorge einen großen Wert zu haben. Wir finden viele Fürsorgestellen auf dem Lande, die diese Präventivaktion in größerem Rahmen durchführen, indem sie die Abgabe von Milch und Brot an schwächliche Schulkinder in die Hände genommen haben, wenn die betreffende Gemeinde das nicht von sich aus tat. Ebenfalls sind Lebertrankuren unter den Schulkindern hier zu erwähnen. Auch an die Befürsorgten werden an den meisten Orten große Mengen Nahrungsmittel wie Brot, Milch und Milchprodukte, Eier, Fleisch usw. und Stärkungsmittel wie Malzpräparate und Lebertran abgegeben. Beim Studium der Jahresberichte können wir uns aber des Eindruckes nicht erwehren, daß diese Nahrungsmittelabgabe an vielen Orten als Mittelpunkt der Fürsorgetätigkeit aufgefaßt und vom rein charitativen Standpunkt aus betrieben wird, daß also die Fürsorgestelle eine Aufgabe übernommen hat, die eigentlich andern Institutionen zukommen. Wir können eine solche Auffassung als Überreste der charitativen Epoche des Fürsorgestellenwesens betrachten. An einzelnen Orten scheint überdies die primitive Ansicht zu herrschen, daß mit ein paar Eiern oder einer Flasche Lebertran die Tuberkulose geheilt werden könne. Wir wollen die Ernährungsfürsorge in allen Ehren halten, aber ihr Wert darf auch nicht überschätzt werden. Die Abgabe von Nahrungsmitteln in größerem Rahmen soll von einer Fürsorgestelle erst durchgeführt werden, wenn die andern Anforderungen an eine moderne Fürsorgestelle als Kampfzentrum gegen die Tuberkulose (Erfassen möglichst aller Tuberkulosekranken, Verstopfung der Infektionsquellen) erfüllt werden. Im übrigen soll eine Fürsorgestelle möglichst andere Institutionen für diesen Fürsorgezweig interessieren, damit sie sich für die Nahrungsmittelunterstützung vor allem auf eine Vermittlerrolle beschränken kann. Ganz sollte man auf die gelegentliche

Abgabe von Lebensmitteln und andern kleinen Beihilfen nach Kiermayr (3, Seite 210) schon aus dem Grunde nicht verzichten, da dies ein sehr gutes Mittel ist, um die Kranken an die Fürsorgestelle zu fesseln. Damit wird indirekt der Seuchenbekämpfung auch gedient.

7. *Wohnungssanierung, Mietzinszuschüsse.* Wir haben bei der Besprechung der Bettenausleihe darauf hingewiesen, daß bei ihrem Eintritt in die Fürsorge eine recht ansehnliche Zahl von Offentuberkulösen kein eigenes Bett hat. Wir haben schon gefordert, daß eine Fürsorgestelle ihr möglichstes tun solle, damit solch unhaltbare Zustände verschwinden. Das Ausleihen eines Bettes ist aber manchmal gar nicht möglich, weil die Wohnung zu klein ist. Hier darf eine Fürsorgestelle nicht tatenlos zusehen, sondern die Prinzipien der Seuchenbekämpfung erheischen eine rasche und vollständige Sanierung. Die einfachste Maßnahme ist natürlich die Hospitalisierung des Kranken und eine gründliche Desinfektion der Wohnung. Diese Maßnahme läßt sich aber nicht immer durchführen und auch dann, wenn sie gelingt, ist in vielen Fällen eine Sanierung der Wohnungsverhältnisse noch nicht vollzogen, namentlich dann nicht, wenn die Familienangehörigen und vor allem Kinder schon im Sinne einer aktiven Erkrankung angesteckt sind. Die Fürsorgestelle wird in solchen Fällen, neben der Vermittlung und Finanzierung von Heil- und prophylaktischen Kuren für erkrankte oder gefährdete Familienangehörige, dafür sorgen müssen, daß die Familie eine größere und gesündere Wohnung bekommt, was sich eventuell schon mit dem Hinzumieten eines Zimmers oder aber mit einem Wohnungswechsel erreichen läßt. Die Mehrkosten an Mietzins übernimmt die Fürsorgestelle oder durch deren Vermittlung eine andere Institution. Wir sind uns wohl bewußt, daß eine Fürsorgestelle bei der Durchführung solcher Maßnahmen auf große Schwierigkeiten stößt und auch an vielen Orten die finanziellen Mittel schwer zu beschaffen sind, aber wir sind doch erstaunt, daß diese so dringliche Maßnahme in unserem Lande an recht vielen Orten nicht durchgeführt wird. Durch eine Verminderung der Ausgaben für charitative Hilfe ließe sich vielerorts die Arbeit auf seuchenbekämpferisches Vorgehen ohne finanzielle Mehrbelastung durchführen.

8. *Haushaltungshilfe.* Ist die Hausfrau schwer erkrankt, so ist oft die Beschaffung von Hauspflege oder einer Haushaltungshilfe angezeigt. Mit der Krankenpflege selbst befassen sich die deutschschweizerischen Fürsorgestellen in der Regel nicht, da wir hier die Einrichtung der Gemeindeschwester haben. Hingegen werden von verschiedenen, namentlich städtischen Fürsorgestellen Haushaltungshilfen gestellt und bezahlt. In der Westschweiz ist die Fürsorgerin zugleich Krankenschwester, aber — wie aus verschiedenen Jahresberichten hervorgeht — muß die „Infirmière-visiteuse" sehr oft Hand anlegen, damit die erkrankte Hausfrau von ihrer Arbeit entlastet wird.

9. *Barunterstützung.* Außer den Beiträgen als Mietzinszuschüsse sollten durch die Fürsorgestellen keine Barunterstützungen verabfolgt werden. Not-

leidende Kranke sind an die bestehenden Wohlfahrtseinrichtungen zu weisen, da die Fürsorgestellen als „Seuchenbekämpfungszentren" sich nicht mit charitativen Unterstützungen befassen können. Unter den Fürsorgestellen unseres Landes werden nur von ganz wenigen und meistens auch nur ausnahmsweise Geldunterstützungen verabfolgt.

h) Nachgehende Fürsorge, Heimbesuche.

Durch die Erkenntnis, daß der Tuberkulose als chronischer Infektionskrankheit nur nach den Prinzipien der Seuchenbekämpfung wirksam entgegengetreten werden kann, ergab sich auch die Notwendigkeit, dem einzelnen Kranken in seine Wohnung und seine Familie nachzugehen und die Infektionsquelle fortlaufend unter Kontrolle zu behalten. Auch die Kenntnis der hygienischen und sozialen Verhältnisse kann nur durch Fühlungnahme mit dem Kranken in seinem gewohnten Milieu gewonnen werden. An Hand dieser Feststellungen ergibt sich dann erst die eventuelle Notwendigkeit einer Unterstützung durch Sachleistungen oder die notwendige Maßnahme einer Sanierung der bestehenden hygienischen Verhältnisse durch Bettenausleihe oder Wohnungsänderung. Ein wichtiger Faktor der Seuchenbekämpfung ist die Belehrung und hygienische Erziehung des ansteckungsgefährlichen Kranken, wie er seine Umgebung von einer Ansteckung bewahren kann. Solche Instruktionen fallen aber auf viel fruchtbareren Boden, wenn die geforderten Maßnahmen durch die Fürsorgerin in der Wohnung des Kranken an Hand von praktischen Beispielen unter Berücksichtigung der bestehenden Verhältnisse gegeben werden, als wenn dem Kranken auf der Fürsorgestelle allgemein gehaltene Regeln gesagt werden. Aus diesen Tatsachen ergibt sich als zwingende Forderung, daß eine zweckmäßige Tuberkulosebekämpfung bis zum Krankenbett ausgedehnt werden muß, daß also eine Fürsorgestelle durch ihre Organe den Kranken in seiner Wohnung aufzusuchen hat.

Wie oft soll nun ein zu Hause verpflegter Kranker durch die Fürsorgerin aufgesucht werden? Rein theoretisch läßt sich diese Frage kaum beantworten, da sich die Zahl der Hausbesuche in erster Linie nach den Verhältnissen des Kranken richtet. Diese Verhältnisse sind aber sehr verschieden. Braeuning (9) stellt als Mindestforderung auf, daß wenigstens jeder bekannte Offentuberkulöse zwei bis dreimal im Jahr besucht werden solle. In städtischen Verhältnissen sollte aber ein Hausbesuch bei einem Offentuberkulösen einmal im Monat möglich sein. Diese Zahlen sind natürlich nur als ungefähre Anhaltspunkte zu betrachten. (Ob und wieweit diese Mindestforderung bei uns erfüllt wird, läßt sich leider nicht feststellen, da keine Fürsorgestelle in ihrem Bericht die Zahl der Hausbesuche bei Offentuberkulösen speziell anführt.) Wir haben aus den Jahresberichten der Fürsorgestellen und Ligen, soweit ersichtlich, die Zahlen der Hausbesuche durch Fürsorgerinnen für das Jahr 1932 herausgenommen und tabellarisch zusammengestellt. Wenn auch viele Für-

sorgestellen darüber in ihren Berichten keine zahlenmäßigen Angaben machen, ist es uns doch wenigstens gelungen, für die verschiedenen Arten von Fürsorgestellen und für verschiedene Landesteile Beispiele zu finden. In unserer Tabelle IX finden wir neben der ärztlich geleiteten Fürsorgestelle der Stadt auch die nicht ärztlich geleitete Fürsorgestelle in rein ländlichen Gegenden. Damit wir die Zahlen der Hausbesuche unter den verschiedenen Fürsorgestellen in unserer Tabelle vergleichen können, haben wir sie in Beziehung mit der Zahl der in Fürsorge gestandenen Personen gebracht, d. h. wir haben ausgerechnet, wieviel Hausbesuche durchschnittlich pro Person und Jahr durchgeführt wurden. Um die Resultate besser untereinander abwägen zu können, haben wir die Reihenfolge so angegeben, daß wir am Anfang nur städtische Fürsorgestellen haben, nachher folgen solche mit gemischt städtisch und ländlichem Charakter und am Schluß diejenigen in rein ländlichen Verhältnissen.

Tabelle IX. Zahl der Hausbesuche (1932).

		Zahl der Hausbesuche	Total in Fürsorge standen	Hausbesuche pro Befürsorgten
1.	Zürich-Stadt, F-St	7184	5773	1,25
2.	Basel-Stadt, F-St	6987	3144	2,22
3.	Genf, Disp. antituberculeux	8128	1207	6,73
4.	Bern-Stadt, F-St.	1950	1052	1,85
5.	Lausanne, F-St Poliklinik	8748	2294	3,81
6.	St. Gallen-Stadt, F-St	777	517	1,50
7.	Thun-Stadt, F-St	885	224	3,95
8.	Stadt und Bezirk Winterthur, F-St.	1823	768	2,39
9.	Kanton Freiburg, Liga	1657	685	2,42
10.	Kanton Schwyz, Liga	2687	511	5,26
11.	Bellinzona, F-St	1100	858	1,28
12.	Locarno, F-St	692	342	2,03
13.	Kreuzlingen, F-St	72	54	1,33
14.	Romanshorn, F-St	273	48	5,68
15.	Bern-Land, F-St	845	312	2,71
16.	Niedersimmental, F-St	312	88	3,54
17.	Zürich-Oberland, F-St	409	429	0,95
18.	Niedergerlafingen, F-St	202	33	6,12
19.	Grenchen, F-St	464	95	4,88
20.	Leimental, F-St	136	43	3,16
21.	Thierstein, F-St	232	133	1,74

Die Tabelle IX zeigt uns, daß wir unter den Zahlen der Hausbesuche, pro Befürsorgten berechnet, große Differenzen haben, schwankt doch der Anteil unter den Fürsorgestellen unserer Tabelle zwischen 0,95 und 6,73. Der Durchschnitt unserer Beispiele beträgt 3,09. Die Fürsorgestelle der Stadt Genf mit 6,73 und diejenige der Poliklinik Lausanne mit 3,81, die weit über dem Durchschnitt stehen, nehmen immerhin eine Sonderstellung ein, da diese beiden Fürsorgestellen einen Teil ihrer Befürsorgten behandeln und daher die Zahl

der Hausbesuche natürlicherweise größer ist als bei Fürsorgestellen ohne medizinische Behandlung. Die Fürsorgestelle Zürich-Oberland, die wir schon als Musterbeispiel angeführt haben, ist in unserer Tabelle mit der niedersten Zahl vertreten. Diese „fliegende" Fürsorge steht aber 1932 erst im zweiten Jahr ihrer Tätigkeit und wir entnehmen dem Jahresbericht 1932, daß die Heimfürsorge durch vier im Nebenamt angestellte Lokalfürsorgerinnen (die Fürsorgesprechstunden finden an vier verschiedenen Orten statt) in Zusammenarbeit mit der kantonalen Fürsorgerin besser ausgebaut werden soll. Wir wollen daher in unserer Betrachtung von diesen drei Ausnahmen absehen. Wir haben aber ohne Genf mit der höchsten und Zürich-Oberland mit der niedersten Zahl immer noch einen Zwischenraum von 1,25 bis 6,12 bei einem Durchschnitt von 2,96. Betrachten wir nun vorerst die Fürsorgestellen der drei Großstädte Zürich, Basel und Bern, so fällt uns auf, daß der Unterschied noch relativ gering ist. Wir haben Zürich mit 1,25 als kleinste und Basel mit 2,22 als größte Zahl. Dazwischen liegt Bern mit 1,85. Wir können annehmen, daß der Anteil unter den Befürsorgten, die für Hausbesuche nicht in Frage kommen (Patienten, die sofort hospitalisiert werden) in diesen drei Städten ungefähr gleich groß ist, so daß wir uns das Urteil erlauben dürfen, daß unter diesen Städten mit mehr als 100 000 Einwohner Basel in dieser Hinsicht am besten arbeitet. Die Zahlen für Bern und hauptsächlich für Zürich scheinen uns etwas bescheiden. Wir finden denn auch in der Arbeit von Guggenheim (11, S. 15) erwähnt, daß die Fürsorgerinnen in Zürich wünschen würden, noch mehr Personal und Zeit zur Verfügung zu haben für Hausbesuche, da nach ihren Erfahrungen die Zahl der Hausbesuche noch erhöht werden sollte, um ganz intensiv arbeiten zu können. Dabei wurde aber im Jahre 1927 (Stichjahr der zitierten Arbeit) pro Jahr und Befürsorgten 1,69 Hausbesuche ausgeführt.

Innerhalb der Zahlen Zürich-Basel, also zwischen 1,25 und 2,22 liegen von den Beispielen unserer Tabelle noch die Fürsorgestellen St. Gallen, Locarno, Bellinzona, Kreuzlingen und Thierstein. Alle andern Beispiele, seien es solche in kleinstädtischen, gemischt städtisch und ländlichen oder rein ländlichen Verhältnissen, stehen über diesen Zahlen, ja wir finden darunter viele sehr schöne Resultate. Wir können also die interessante Tatsache feststellen, daß im allgemeinen in kleineren Betrieben mehr Hausbesuche gemacht werden, obschon gerade in ländlichen Verhältnissen der Hausbesuch viel zeitraubender ist als in der Großstadt.

i) Umgebungsuntersuchungen.

Einen großen Schritt vorwärts im Sinne einer zahlenmäßig größeren und vor allem zeitlich früheren Erfassung von Infektionsquellen und Tuberkulose-Kranken bringt uns die „Umgebungsuntersuchung", wobei unter diesem Begriff die systematische Röntgenuntersuchung (wenigstens Röntgendurch-

leuchtung) verstanden werden muß. Wenn auch diese Methode zur Auffindung von unbekannten Tuberkulosen(dépistage) bei uns noch in den Anfängen steht, so gewinnt sie doch in den letzten Jahren immer mehr an Umfang. Ein Zweifel an deren Wirksamkeit wird durch die schon erzielten, schönen Resultate (vide z. B. Kartagener, 14) zerstört. Wir unterscheiden zwei Arten von Umgebungsuntersuchungen, indem wir entweder von der Infektionsquelle ausgehend die Angesteckten ausfindig machen (zentrifugale Umgebungsuntersuchung), oder wenn wir die Ansteckungsquelle bei einem frischen Erkrankungsfall, besonders bei Kindern, suchen wollen (zentripetale Umgebungsuntersuchung). Bei der zentrifugalen Untersuchung deckt sich der Umfang der Umgebung mit dem Umfang der Exposition, das heißt, die Umgebung ist die Summe aller Menschen, die mit dem Kranken soweit in Kontakt gekommen sind, daß sie von ihm hätten infiziert werden können. In erster Linie kommen hier in Frage die Familienangehörigen, daneben aber auch Wohnungsgenossen, Verwandte und Freunde, mit denen der Kranke engere Beziehungen unterhalten hat, ferner Arbeitsgenossen. Bei einem offentuberkulösen Lehrer oder Schüler ist die Durchuntersuchung von ganzen Schulklassen sofort nach der Entdeckung der Erkrankung und ungefähr ein halbes Jahr später von sehr großer Wichtigkeit. Die Angehörigen eines Offentuberkulösen, vor allem aber Kinder und Jugendliche, sollen, solange die Infektionsquelle fließt, in halbjährlichen bis jährlichen Intervallen zur Durchleuchtung herangezogen werden. Aber auch nach dem Erlöschen der Infektionsquelle, d. h. nach der Hospitalisierung oder Heilung oder nach dem Tode des Offentuberkulösen sind seine Angehörigen noch überwachungsbedürftig, da nach Kartagener (l. c.) noch im Laufe der nächsten zehn Jahre unter den Angehörigen mehr Erkrankungsfälle an Tuberkulose als bei der Gesamtbevölkerung zu erwarten sind.

Der Begriff der Umgebung ist natürlich beim zentripetalen Vorgehen bedeutend weiter zu fassen, und es wird oft sehr schwierig oder unmöglich sein, die Infektionsquelle zu finden. Auch bei frisch infizierten Kindern darf man sich in dieser Hinsicht nicht zu großen Erwartungen hingeben, da die extrafamiliäre Infektion schon im Schulalter eine sehr erhebliche Rolle spielt. Man wird sich daher in diesem Falle mit der Untersuchung von Lehrern und Familienangehörigen begnügen müssen.

Da aber unsere Fürsorgestellen für solch zeitraubende Umgebungsuntersuchungen, die auf großer Basis durchgeführt werden müssen, meistens nicht eingerichtet sind, ergibt sich als notwendige Forderung die Organisation der Zusammenarbeit mit Kliniken und Spitälern einerseits und den Schulärzten anderseits. Die Fürsorgestelle muß aber immer dafür sorgen, daß die von ihr bestimmten Personen zur Untersuchung kommen. Diese Zusammenarbeit ist an einigen Orten, hauptsächlich in Städten, bereits organisiert. Daß die Durchführung von Umgebungsuntersuchungen auch auf dem Lande möglich ist, zeigt uns die schon öfters erwähnte „fliegende“ Fürsorge im Zürcher Oberland.

Die Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose setzt sich mit aller Kraft für die Verwirklichung dieses neuen Programmes und der Organisation der erwähnten Zusammenarbeit ein. Bachmann (15) schreibt in einem Artikel über zukünftige Aufgaben der Tuberkulosebekämpfung in bezug auf die Vorschriften des schulärztlichen Dienstes (siehe weiter unten): „Es ist Aufgabe der antituberkulösen Organisationen, darauf zu dringen, daß dieser schulärztliche Dienst im Sinne der Tuberkulose-Prophylaxe voll und ganz ausgewertet werde, und daß man sich nicht mit einer oberflächlichen gesundheitlichen Überprüfung der Schüler begnügt. Hier hat das intensive Zusammenarbeiten zwischen Schularzt und Fürsorgestelle einzusetzen, um den möglichen Infektionsquellen nachzugehen, in Verbindung mit dem Hausarzt." Die Forderung der Zusammenarbeit bei zentrifugalen Umgebungsuntersuchungen lautet: „. . . Bedingung ist aber, daß bei den bescheidener eingerichteten Fürsorgestellen die Ärzte und die Spitäler sich für diese notwendigen Untersuchungen zur Verfügung stellen. Die Hauptaufgabe der antituberkulösen Organisationen besteht darin, daß nun diese umfassende Zusammenarbeit organisiert wird, wenn nicht, so bleibt ihre Arbeit immer Stückwerk."

Von den systematisch durchgeführten Umgebungsuntersuchungen ist nur noch ein kleiner Schritt zu den

k) Reihendurchleuchtungen.

Diese bezwecken, ganze Bevölkerungsschichten reihenmäßig auf Tuberkulose zu untersuchen. Schon seit Jahren werden bei der militärischen Ausmusterung alle Stellungspflichtigen reihenmäßig durchleuchtet. Nach Walther (zitiert nach Kartagener, 14) haben unter ca. 20 000 Durchleuchtungen in der Armee 0,8% positive Befunde ergeben. Braeuning (12) gibt an, daß die Reihendurchleuchtungen angeblich gesunder Erwachsener (16 Jahre und älter) ungefähr bei 1,0 bis 1,2% unbekannte aktive Lungentuberkulosen auffinden lassen, von denen etwa bei 0,3 bis 0,4% die Krankheit bereits „offen" ist. Unter den angeblich gesunden Schulkindern (6—15 Jahre) finden sich bei 1,3% unbekannte Lungentuberkulosen. Diese Zahlen zeigen uns recht deutlich, daß den Reihendurchleuchtungen eine sehr große Bedeutung in der Tuberkulosebekämpfung zukommt. Aus der Erkenntnis, daß die Jahre des akademischen Studiums zu den durch Tuberkulose am meisten gefährdeten Lebensjahren gehören, wurden 1928 in Jena Studentenreihendurchleuchtungen eingeführt, die sich dann bald auch an andern Hochschulen durchführen ließen. Aus einer freiwilligen Durchleuchtung an den Zürcher Hochschulen entstand an der Eidgenössischen Technischen Hochschule 1933 die obligatorische Reihendurchleuchtung für Neuimmatrikulierte. Bereits nehmen sich auch ärztlich geleitete Fürsorgestellen dieser Aufgabe an. So hat die Fürsorgestelle der Stadt Zürich im Jahre 1932 erstmals einen Jahrgang der Fortbildungsschüler des Kaufmännischen Vereins reihenmäßig durchleuchtet. Der

Wert dieser Untersuchungen ist also unumstritten und es ist zu wünschen, daß durch eine großzügige Organisation die Reihendurchleuchtungen in der Schweiz bedeutend an Ausmaß gewinnen.

Große Bedeutung kommt natürlich auch der Reihendurchleuchtung des Schulkindes zu, die — neben der Auffindung des bereits kranken Kindes — noch eine wichtige Präventivaktion bedeutet. Art. 6 des Tuberkulose-Gesetzes (10) lautet: „Die Kantone sorgen dafür, daß in Schulen, Erziehungs-, Pflege-, Bewahrungs- und ähnlichen Anstalten die Kinder und Zöglinge, sowie das Lehrpersonal und das Pflegepersonal, d. h. die Personen, die unmittelbar und regelmäßig mit den Kindern verkehren, einer ärztlichen Beobachtung unterworfen werden.

Tuberkuloseverdächtige Kinder und Zöglinge sind zu beobachten; diejenigen, welche als tuberkulös erkannt werden und eine Ansteckungsgefahr bilden, sind aus der Schule oder Anstalt zu entfernen. Dabei sind alle Vorkehren zu treffen, damit diesen Kranken die nötige Fürsorge zuteil wird und sie die Tuberkulose nicht weiter verbreiten. Ebenso sind die auf Tuberkulose verdächtigen Angehörigen des Lehr- und Pflegepersonals zu beobachten; diejenigen, welche als tuberkulös erkannt werden und eine Ansteckungsgefahr bilden, sind aus der Schule oder Anstalt zu entfernen. Geraten dabei die durch diese Maßnahmen getroffenen Personen ohne ihre Schuld in Not, so können ihnen die Kantone eine angemessene Unterstützung gewähren, ohne daß sie deswegen als armengenössig zu betrachten wären."

Da nur durch die reihenweise Durchleuchtung des Schulkindes das Möglichste in der Erfüllung dieser erwähnten gesetzlichen Vorschriften getan werden kann, wird dieses Vorgehen von vielen Schulärzten befürwortet. Die Reihendurchleuchtung des Schulkindes hat sich denn auch bereits an einigen Orten eingebürgert (vide z. B. Wild, 16). Sie erfährt insofern eine Einschränkung, als in der Regel nur die tuberkulinpositiven Kinder zur Röntgendurchleuchtung herangezogen werden. Die Tuberkulinprobe nach der Methode Pirquet oder Moro hat ja auch in der Schweiz stark an Umfang zugenommen, nachdem systematische Untersuchungen mit Hilfe der Pirquet'schen Reaktion von Walder, Rüti (Zürich) schon in den Jahren 1920 bis 1927 durchgeführt wurden. Durch alljährliche Untersuchung der bisher noch tuberkulinnegativen Kinder kann das inzwischen neuinfizierte Kind relativ mühelos ermittelt werden. Daß die Forderung von Wild (1. c.) ihre volle Berechtigung hat, zeigen die in St. Gallen bereits gefundenen Resultate, die uns folgendes Bild geben: Drei Jahrgänge von Schulanfängern, insgesamt rund 2300 Kinder, gliedern sich in 80 bis 85% Moro-Negative, in 15 bis 20% Moro-Positive, aber klinisch gesunde, und in 1,8% Tuberkulosekranke. In rund 1% der Fälle handelt es sich um verhältnismäßig ausgedehnte röntgenologische Befunde.

Das Schularztamt meldet der Fürsorgestelle St. Gallen alle Fälle, deren Kuren sich nicht durch das Schularztbureau selbst finanzieren lassen. Dadurch

ist die von Bachmann (l. c.) geforderte enge Zusammenarbeit zwischen Schularzt und Fürsorgestelle in St. Gallen bereits verwirklicht, die von Wild so wichtig erachtet wird, daß er wünscht, sie möchte ausdrücklich in der kantonalen Vollziehungsverordnung erwähnt werden. Aber auch an verschiedenen andern Orten, meistens in städtischen Verhältnissen, ist die Organisation dieser Zusammenarbeit bereits vollzogen und wir haben die Verhältnisse in St. Gallen lediglich als Beispiel angeführt. Zahlenmäßige Angaben über den Stand dieser Zusammenarbeit können wir deshalb nicht geben, weil diese Organisation, meist als Folge der kantonalen Vollziehungsverordnung, die ja noch nicht in allen Kantonen eingeführt ist, gegenwärtig erst im Entstehen begriffen ist.

Zusammenfassend können wir also feststellen, daß von den Umgebungsuntersuchungen und von den Reihendurchleuchtungen, wenn sie einmal auf großer Basis organisiert sind, ein großer Fortschritt in der Tuberkulosebekämpfung zu erwarten ist.

l) Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung.

Auch diese Tätigkeit, welche die meisten antituberkulösen Organisationen in ihrem Programm haben, läßt sich nicht zahlenmäßig belegen. Die wirtschaftliche Krise macht es fast zur Unmöglichkeit, für entlassene Heilstättenpatienten passende Arbeitsstellen zu finden. Zu dieser Notlage kommt dann noch die schon immer bestandene Schwierigkeit hinzu, daß sich die Arbeiter in den Fabriken und Werkstätten aus Angst vor Ansteckung wehren, mit einem entlassenen Heilstättenpatienten zusammen zu arbeiten. Die Erfolge der Arbeitsvermittlung durch die antituberkulösen Organisationen sind daher auf einen bedauernswerten Tiefstand gesunken und es ist begreiflich, daß wir in den Jahresberichten meist keine zahlenmäßigen Angaben über diese Tätigkeit mehr finden. Als Beispiel mag erwähnt werden, daß schon im Jahre 1930 durch das Sekretariat der Zürcher kantonalen Liga unter 128 Stellesuchenden nur für 8 Bewerber passende Arbeit gefunden werden konnte.

Einige Fürsorgestellen, wie z. B. Genf, Chaux-de-Fonds, Romanshorn unterhalten sogenannte Arbeitsstuben, in denen rekonvaleszente Frauen durch Näharbeit beschäftigt werden; andere Fürsorgestellen übernehmen den Verkauf von Heimarbeiten, die durch ihre Patienten angefertigt wurden. Die Zürcher kantonale Liga besitzt seit einigen Jahren die Arbeitsheilstätte Appisberg ob Männedorf, in welcher Tuberkulosekranke nach ihrer Entlassung aus dem Sanatorium bis zu ihrer vollen Genesung Aufnahme finden können, wo sie systematisch, ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend, beschäftigt werden. Doch ist hier die Arbeit in erster Linie als therapeutischer Faktor anzusprechen und nicht als Existenzmittel.

Daß die Vermittlung von Arbeit kaum mehr mit Erfolg durchgeführt werden kann, ist also nicht auf ein Versagen der Fürsorgeorganisationen, sondern auf die gegenwärtige wirtschaftliche Lage zurückzuführen.

m) Aufklärung.

Zu den Aufgaben der Fürsorgestelle gehört auch die Aufklärung der gesamten Bevölkerung über die Tuberkulose. Nur dadurch kann überhaupt die Tuberkulosefürsorge ihrer Aufgabe in seuchenbekämpferischer Hinsicht, d. h. „Kampf der Tuberkulose als Volkskrankheit", gerecht werden. Die Fürsorgestelle muß in der Bevölkerung so bekannt sein, daß der einzelne im gegebenen Falle weiß, wohin er sich zu wenden hat. Neben der allgemeinen Aufklärung über Wesen und Verbreitung der Tuberkulose, verbunden mit Ratschlägen über hygienische Lebensweise und über Schutz vor Infektion, ist also die Fürsorgestelle gezwungen, für sich selbst Propaganda zu treiben, wenn sie sich bemüht, eine möglichst große Zahl Tuberkulosekranker in Fürsorge zu nehmen. Die Aufklärungsarbeit, verbunden mit der Propaganda, geschieht durch öffentliche Vorträge, Zeitungsaufsätze, in Fabriken, Schulen und öffentlichen Anstalten angebrachte Plakate, Druckschriften, Wanderausstellungen usw. In neuerer Zeit spielen auch Radiovorträge und Filme eine wichtige Rolle. Einen großen Erfolg verspricht vor allem die Aufklärungsarbeit in Volks- und Fortbildungsschulen. Auch die Jahresberichte der antituberkulösen Organisationen dienen weitgehend diesem Zwecke.

Das Studium der Jahresberichte hat uns gezeigt, daß der Aufklärungsarbeit fast allgemein große Beachtung geschenkt wird. Im Interesse eines rationellen Vorgehens auf diesem Gebiet hat sich die Schweizerische Vereinigung gegen die Tuberkulose weitgehend dieser Frage angenommen, indem sie Aufklärungs- und Propagandamaterial im großen herstellen läßt und an die einzelnen kantonalen Ligen abgibt. Aber auch innerhalb der Kantone sind es meistens die antituberkulösen Organisationen, die diese Arbeit für ihre Fürsorgestellen übernommen haben.

n) Finanzierung.

Das Studium des Finanzhaushaltes sämtlicher antituberkulösen Organisationen der Schweiz würde für sich allein eine umfangreiche Arbeit ergeben. Schon die Jahresabrechnungen innerhalb der einzelnen kantonalen Ligen zeigen ein kompliziertes Bild, da die einzelnen Sektionen oder Fürsorgestellen einen gewissen Prozentsatz ihrer Einkünfte an die Ligen abliefern, welche dann aber ihrerseits einzelne Sektionen oder Fürsorgestellen wieder unterstützen. Die Abrechnungen in den Jahresberichten sind überdies sehr verschieden und oft nur sehr summarisch geführt, so daß eine Zusammenstellung für die ganze Schweiz nicht möglich ist. In großen Zügen können wir uns aber doch ein Bild darüber machen, welche Summen von den antituberkulösen Organisationen jährlich umgesetzt werden und welchen Anteil davon die Eidgenossenschaft übernimmt, wenn wir uns an die Veröffentlichungen des Eidgenössischen Gesundheitsamtes halten, die jährlich in „Gegen die Tuberkulose" erscheinen.

Diese Veröffentlichungen sind zusammengestellt an Hand der Angaben zur Erhältlichmachung der Bundessubvention. Über die finanziellen Leistungen der Tuberkulose-Fürsorge-Organisationen im Jahre 1932 orientiert uns Tabelle X, die wir aus den amtlichen Angaben in der erwähnten Zeitschrift (7) zusammengestellt haben.

Die Gesamtausgaben aller antituberkulösen Organisationen machten für das Jahr 1932 die Summe von Fr. 4 792 063.— aus. Prozentual verteilt sich diese Summe folgendermaßen:

Für häusliche Pflege	Fr. 295 942.— =	6,2%
Für Beiträge an Heilstätte-, Spital- und sonstige Kuren	Fr. 3 658 333.— =	76,3%
Für andere Zwecke (Besoldungen, Mietzinse, Aufklärung und Beiträge an besondere Hilfseinrichtungen)	Fr. 837 788.— =	17,5%
Total	Fr. 4 792 063.— =	100,0%

In dieser Summe sind aber die Rückerstattungen durch Krankenkassen, andere Organisationen und durch die Patienten oder deren Angehörigen selbst inbegriffen. Die Eidgenossenschaft zahlte im Jahre 1933 als Subvention 33% der reinen Ausgaben (ohne Rückerstattungen) des Jahres 1932. Die Bundessubvention verhält sich also direkt proportional den reinen Ausgaben der antituberkulösen Organisationen. Diese Subvention betrug 1933 Fr. 940 710.—. Die subventionsberechtigten Ausgaben der Fürsorgeorganisationen, d. h. also die Ausgaben aus eigenen Mitteln, betrugen 1932 somit Fr. 2 850 636.—. Die prozentualen Anteile an der Gesamtsumme geben uns folgendes Bild:

Ausgaben aus eigenen Mitteln	Fr. 2 850 636.— =	59,5%
Rückerstattungen	Fr. 1 941 427.— =	40,5%
Total	Fr. 4 792 063.— =	100,0%

Rund 60% aller Ausgaben sind also aus den eigenen Mitteln der antituberkulösen Organisationen bestritten worden. In 40% der Ausgaben haben die Fürsorgeinstitutionen lediglich eine Vermittlerrolle gespielt. Diese Summe bildet sich aus den individuellen Beiträgen an Kur- und Spitalaufenthalte.

An Hand der Verteilung der Bundessubvention nach einzelnen Kantonen auf den Kopf der Bevölkerung berechnet, lassen sich die Unterschiede der Intensität der Tuberkulosebekämpfung in den einzelnen Kantonen sehr gut darstellen. Die Tabelle XI, die wir aus den amtlichen Aufstellungen (1. c.) zusammengestellt haben, zeigt uns die kantonsweise Verteilung der an die Vereinigungen 1929, 1931 und 1933 ausgerichteten Bundesbeiträge nach Maßgabe ihrer Ausgaben im Vorjahr.

Tabelle X. Die finanziellen Leistungen der Fürsorge-Organisationen.

Vereinigungen und Fürsorgestellen	Häusliche Pflege	Kurbeiträge in Heilstätten Spitälern oder auf dem Lande	Sonstige Zwecke: Besoldung, Aufklärung, Betrieb von antituberk. Einrichtungen
Zürich, Städtische Fürsorgestellen	12 788	320 332	76 350
Winterthur, Bezirksfürsorgestelle	8 966	58 704	6 524
Kant. Ligakomitee u. übrige F-St des Kantons	24 297	203 139	65 278
Bern, Hilfsbund für Lupuskranke	—	3 545	—
Bern, Kant. Hilfsbund für chirurg. Tuberkulöse	—	39 506	1 168
F-St der Stadt Bern mit Tbc-Komm. d. Gem. Frauenvereins	11 129	56 735	24 524
Übrige Fürsorgestellen des Kantons Bern	11 624	111 458	40 391
Verein für ein Luzerner Sanatorium	—	267 205	14 820
Luzern, Frauenliga zur Bekämpfung der Tbc	2 207	10 059	534
Urnerische Vereinigung gegen die Tuberkulose	100	3 386	339
Schwyz, Liga gegen die Tuberkulose	3 230	44 433	8 489
Obwalden, Tuberkuloseverein des Kantons	1 417	18 591	568
Nidwaldner Vereinigung zur Bekämpfung d. Tbc	251	4 692	245
Glarus, Tbc-Kommission der gemeinn. Gesellsch.	520	8 971	335
Glarus, Fürsorgestellen des Kantons	2 238	28 528	256
Zug, kantonale Frauenliga und Fürsorgestelle	896	16 651	6 567
Freiburg, Liga gegen die Tuberkulose	910	151 117	14 511
Solothurn, Frauenliga, Vereinigung und F-St	23 496	285 999	30 961
Baselstadt, Liga gegen die Tuberkulose	7 812	189 270	53 718
Basel, Kathol. Hilfsverein z. Bekämpfung d. Tbc	90	13 138	500
Baselland, Liga gegen die Tuberkulose	3 679	62 877	18 490
Schaffhausen, Liga zur Bekämpfung der Tbc	7 612	39 533	2 503
Appenzell A.-Rh., Kant. Tbc-Stiftung u. F-St	4 955	50 545	8 997
Appenzell I.-Rh., Fürsorgestellen	1 108	7 572	216
St. Gallen, Fürsorgestelle der Stadt	4 878	20 229	10 026
St. Gallen, Gesellschaft zur Bekämpfung der Tbc und übrige F-St des Kantons	27 455	158 967	14 216
Graubünden, Verein z. Bekämpfung d. Tbc u. F-St	5 334	21 799	6 976
Davos, Hilfsverein für Lungenkranke schweizerischer Nationalität	—	45 994	2 017
Davos, Heimarbeitszentrale	—	—	10 749
Aargauische Frauenliga zur Bekämpfung d. Tbc	19 575	227 352	33 440
Aargauischer kathol. Hilfsverein für Tuberkulose	260	14 185	456
Thurgau, Fürsorgestellen des Kantons	3 101	147 006	5 867
Tessin, Liga und Fürsorgestellen	21 813	111 731	38 581
Fonds für arme Tuberkulöse im Tessin	—	117 531	—
Legat Brown und andere Organisationen (9)	2 080	57 688	737
Waadt, Liga gegen die Tuberkulose	14 250	84 845	118 542
Lausanne, Fürsorgestelle „La Source“	663	130	3 037
Lausanne, Fürsorgestelle der Poliklinik	29 104	58 870	39 534
Lausanne, Secrétariat vaudois de l'Enfance	—	1 203	—
Wallis, Oberwalliser Liga gegen die Tuberkulose	376	12 120	3 491
Wallis, Regionale Ligen im Unterwallis	635	1 480	675
Neuenburg, Ligen und Fürsorgestellen	18 636	126 651	45 784
Genf, Liga und Fürsorgestellen	18 457	132 248	75 648
„Pro Juventute“	—	309 131	51 728
Schweiz. Vereinigung gegen die Tuberkulose (Unterstützungsfonds)	—	13 187	—
Total: 379 Vereinigungen, Sektionen und F-St	295 942	3 658 333	837 788
			3 658 333
			295 942
Total der Ausgaben			4 792 063

Tabelle XI. Bundesbeiträge an die Fürsorgevereinigungen in Rappen pro Kopf der Bevölkerung.

Kanton	Beitrag für die Leistungen der Jahre		
	1928	1930	1932
Zürich	20,6	21,0	22,9
Bern	7,8	7,5	9,3
Luzern	27,8	16,8	22,3
Uri	3,3	1,5	3,8
Schwyz	5,6	12,8	17,0
Obwalden	—	19,0	28,5
Nidwalden	8,6	9,0	9,6
Glarus	32,8	21,2	19,6
Zug	18,5	21,1	22,7
Freiburg	14,3	15,4	17,3
Solothurn	37,4	34,3	31,0
Baselstadt	15,7	11,9	21,2
Baselland	29,4	25,5	29,4
Schaffhausen	23,9	25,8	31,7
Appenzell A.-Rh.	27,9	27,2	27,2
Appenzell I.-Rh.	—	20,6	19,8
St. Gallen	13,0	13,5	16,1
Graubünden	7,7	13,0	12,7
Aargau	22,1	18,8	20,6
Thurgau	15,6	12,2	13,4
Tessin	45,8	40,4	53,0
Waadt	24,1	22,0	26,5
Wallis	8,1	4,5	4,4
Neuenburg	28,2	27,8	31,3
Genf	22,1	20,9	20,5
Allg. schweiz. Hilfswerk	3,4	1,4	2,1
Total	21,8	19,2	22,8

Der Anteil an der Bundessubvention schwankt also nach Maßgabe der Leistungen im Jahre 1932 zwischen 3,8 und 53,0 Rappen pro Kopf der Bevölkerung nach Kantonen berechnet. Diese große Differenz zeigt uns recht deutlich die Unterschiede der Kantone in der Fürsorgetätigkeit.

Unter den Einnahmen der Tuberkulose-Fürsorge-Organisationen machen also die Bundesbeiträge einen Drittel aus. Nach dem Eidgenössischen Tuberkulose-Gesetz werden den Kantonen Beiträge an ihre Ausgaben gewährt, die ihnen aus der Durchführung der ihnen durch das Gesetz übertragenen Maßnahmen erwachsen sind. Eine Zusammenstellung darüber läßt sich nicht geben, da noch nicht alle Kantone ihre Vollziehungsverordnung zum Gesetz erlassen haben. Die erwähnten Maßnahmen beziehen sich vor allem auf das Meldewesen, die bakteriologische Sputumuntersuchung, die Desinfektion, den Schularztdienst, die Wohnungshygiene und die Aufklärung der Bevölkerung. Diese Maßnahmen können von den Kantonen an ihre antituberkulösen Organisationen übertragen werden. Aber auch neben diesen gesetzlichen Bestimmungen unterstützen die meisten Kantone und viele Gemeinden ihre Fürsorgevereinigungen, aber diese Subventionen kommen keinesfalls an die

Bundesbeiträge heran. Die private Wohltätigkeit muß daher immer stark herangezogen werden und wir können rechnen, daß ungefähr die Hälfte der Einnahmen aus Zinserträgnissen, öffentlichen Sammlungen, Geschenken und Legaten herrühren, was der tatkräftigen Hilfe unseres Volkes ein gutes Zeugnis ausstellt.

o) Berichterstattung.

Die Berichterstattung ist im allgemeinen sehr mangelhaft und von Ort zu Ort so verschieden, daß wir der Behandlung dieser Frage ein besonderes Kapitel widmen wollen (Kapitel IV).

Zusammenfassung des 1. Kapitels.

1. Die erste Fürsorgestelle für Tuberkulosekranke der Schweiz wurde 1906 in Neuenburg ins Leben gerufen.

2. Heute bestehen in jedem Kanton antituberkulöse Organisationen.

3. Die Zahl der Fürsorgevereinigungen, Sektionen und Fürsorgestellen stellt sich für das Jahr 1932 auf 379. In dieser Zahl sind 46 ärztlich geleitete Fürsorgestellen enthalten.

4. Die Fürsorgestellen unseres Landes lassen sich rein schematisch in folgende vier Arten einteilen:

1. Fürsorgestelle mit Arzt, mit Fürsorgerin und eigenem Lokal;
2. Fürsorgestelle ohne Arzt, mit Fürsorgerin und eigenem Lokal;
3. Fürsorgestelle mit Arzt, mit Fürsorgerin ohne eigenes Lokal;
4. Fürsorgestelle ohne Arzt, mit Fürsorgerin ohne eigenes Lokal.

5. Unter den ärztlich geleiteten Fürsorgestellen finden wir vor allem in der Deutschschweiz den rein diagnostischen Typ (System Calmette), während wir im französisch- und italienischsprechenden Teil unseres Landes die Fürsorgestelle mit ärztlicher Behandlung (System Robert Philip) stärker verbreitet finden.

6. Für unsere Landesverhältnisse eignet sich sehr gut die ärztlich geleitete Fürsorgestelle ohne eigenes Lokal, und zwar derart, daß der Fürsorgearzt turnusweise in verschiedenen Bezirksspitälern in Zusammenarbeit mit den lokalen Fürsorgeorganisationen Fürsorgesprechstunden hält. (Beispiel: Zürcher Oberland.)

7. Die Ausbildung der Fürsorgerinnen ist nicht einheitlich. Auf dem Lande wird der Fürsorgedienst sehr oft ehrenamtlich durchgeführt. Moderne städtische Fürsorgestellen der Deutschschweiz verlangen meistens das Diplom einer sozialen Frauenschule. In der Deutschschweiz ist die Fürsorgerin rein sozial-fürsorgerisch tätig, während in der Westschweiz die Infirmière-visiteuse ebensosehr Krankenschwester wie Sozialfürsorgerin ist.

8. Über die Zahl der in Fürsorge gestandenen Personen orientieren uns die Tabellen I und II. Unter den befürsorgten Kindern leidet etwa der vierte

bis dritte Teil an einer aktiven Tuberkulose, während der Anteil der aktiv tuberkulösen Erwachsenen unter den befürsorgten Erwachsenen ungefähr 60% beträgt. Die Tuberkulosefürsorge ist also bei den Kindern in erster Linie Prophylaxe, während sie sich bei den Erwachsenen vor allem als Fürsorge für den Kranken selbst auswirkt.

9. Die Zahl der Neuaufnahmen wurde von Braeuning auf 150 pro 10 000 Einwohner und Jahr berechnet. Die Tabelle III gibt die Zahlen der Neuaufnahmen für einige Fürsorgestellen, aus der wir ersehen können, daß die Meßzahl von Braeuning für das Jahr 1932 unter unsern Beispielen bis maximal 98% erreicht wurde, während einige Fürsorgestellen nur auf rund 20% kommen.

10. Die Zahlen der ärztlichen Untersuchungen in ärztlich geleiteten Fürsorgestellen, pro 10 000 Einwohner berechnet, zeigen große Unterschiede. Die Tabelle IV läßt aber trotzdem nicht ohne weiteres ein Werturteil zu, sondern zeigt uns nur, daß sich die Fürsorgestellen weitgehend der Eigenart der Gegend angepaßt haben. (Behandlung durch Privatärzte; die Fürsorgestelle wird nur aus sozialen, nicht aber aus medizinischen Gründen aufgesucht.)

11. Die Zahlen der an Tuberkulose Verstorbenen, die vor ihrem Ableben der Fürsorge bekannt waren, sind in den letzten Jahren, vor allem in den großen Städten, gewaltig angestiegen. Dieses Ansteigen ist eine segensreiche Auswirkung des neuen Tuberkulosegesetzes.

12. Die Berechnung der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulosekranken wurde bisher mit dem Braeuningschen Faktor 10 durchgeführt, d. h. die mutmaßliche Zahl der Tuberkulösen wurde als das Zehnfache der an Tuberkulose Verstorbenen des betreffenden Jahres geschätzt. Durch Vergleich unserer Tabelle I mit den Tabellen V und VI konnten wir aber nachweisen, daß dieser Berechnungsfaktor — wenigstens für Stadtverhältnisse — sicher bedeutend zu klein ist. Braeuning hat denn auch inzwischen — auf Grund der Erfahrungen bei Reihendurchleuchtungen — diesen Faktor selbst korrigiert. Die Zahl der mutmaßlichen Tuberkulosekranken beträgt rund das Zwanzigfache der Tuberkulosetodesfälle pro Jahr.

13. Die Beratung und Aufklärung der Kranken ist ein sehr wichtiger Teil der Fürsorgearbeit.

14. Die Schwierigkeiten in der Vermittlung von Sanatoriums- und andern Kuren können durch zentrale Kurnachweisstellen weitgehend behoben werden. (Beispiel: Kurnachweisstelle des Kantons Bern.) Die Vermittlung und Finanzierung von Kuraufenthalten ist immer noch ein Hauptarbeitsgebiet der antituberkulösen Organisationen. Tabelle VIII zeigt uns die Zahl der vermittelten Kuren und die an Kurbeiträgen total verausgabten Summen (eigene Leistungen der Fürsorgeorganisationen und vermittelte Unterstützungen).

15. Die Unterstützung der Patienten durch Sachleistungen verdient in der Tuberkulosefürsorge große Beachtung, wenn sie vom seuchenbekämpferischen und nicht vom rein charitativen Standpunkt aus durchgeführt wird.

16. Der Hausbesuch ergibt sich als zwingende Folge der Grundsätze der Tuberkulosebekämpfung. Nur durch den Hausbesuch kann die Infektionsquelle dauernd unter Kontrolle gehalten werden. Tabelle IX zeigt uns die Zahl der Hausbesuche für eine Reihe von Beispielen städtischer, gemischter und rein ländlicher Verhältnisse.

17. Die Umgebungsuntersuchungen und die Reihendurchleuchtungen bedeuten für die Tuberkulosebekämpfung einen sehr großen Fortschritt. Es ist zu wünschen, daß diese Aktionen durch eine straffe Organisation einer Zusammenarbeit zwischen den Fürsorgevereinigungen, Spitälern und Schulärzten in unserem Lande weiter ausgebaut werden.

18. Die Bestrebungen zur Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung für geheilte Tuberkulöse zeigen gegenwärtig, als Folge der Wirtschaftskrise, nur ganz geringe Erfolge.

19. Zu den Aufgaben der Fürsorgestellen gehört auch die Aufklärung der ganzen Bevölkerung über das Wesen und die Verbreitung der Tuberkulose.

20. Die Gesamtausgaben aller antituberkulösen Organisationen betrugen 1932 rund 4,8 Millionen Franken; davon wurden aber fast 2 Millionen von andern Institutionen oder den Patienten selbst an die antituberkulösen Organisationen zurückerstattet. Die Eidgenossenschaft subventioniert die Fürsorgevereinigungen mit 33% ihrer reinen Ausgaben des Vorjahres.

21. Die Verteilung der jährlichen Bundessubvention an die einzelnen Kantone, pro Kopf der Bevölkerung berechnet, zeigt uns sehr gut die Unterschiede in der Intensität der Fürsorgetätigkeit (Tabelle XI).

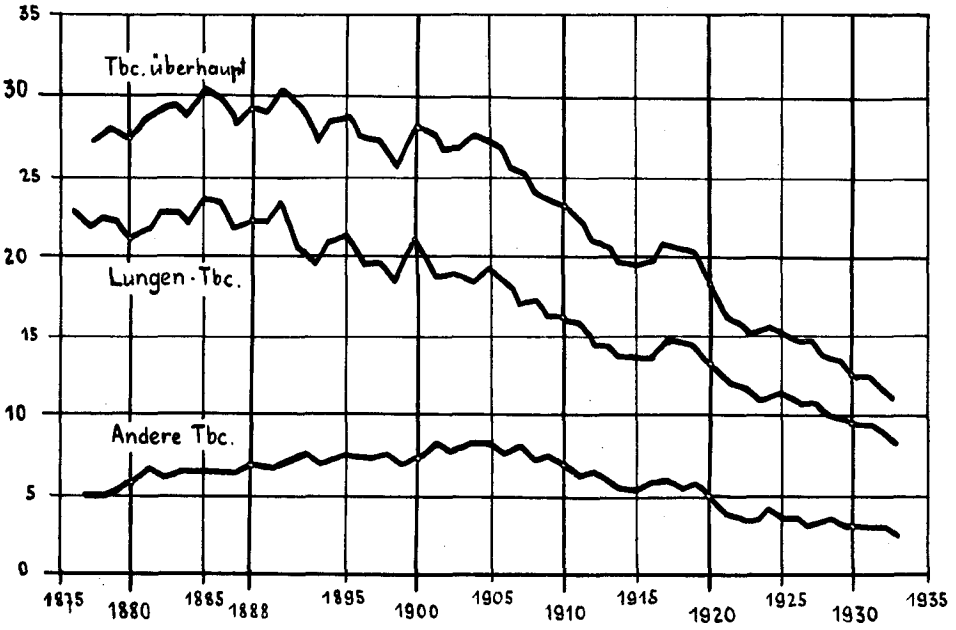
II. Kapitel.

Statistik der Tuberkulose-Sterblichkeit.

Zuverläßige Zahlen über die Tuberkulose-Sterblichkeit stehen uns in der Schweiz erst seit der Einführung der eidgenössischen Statistik der Todesursachen im Jahre 1876 zur Verfügung. Die Angaben sind aber in den ersten Jahren recht unvollständig, da die tuberkulöse Natur verschiedener Krankheiten erst allmählich erkannt wurde, nachdem Robert Koch 1882 den Tuberkulosebazillus entdeckt hatte. Dazu kommt dann noch eine sehr große Zahl ärztlich unbescheinigter Todesfälle, unter denen sich natürlich zahlreiche Fälle von Tuberkulose befinden. Trotzdem wir uns in allen folgenden Tabellen auf die korrigierten Zahlen[1]) gestützt haben, dürfen wir uns bis gegen die Jahrhundertwende hin nicht allzu sehr auf diese Zahlen verlassen. So ist auch der Anstieg der Tuberkulose-Mortalität, wie er in unserer Kurve XII bis zum

[1]) Das Eidg. Gesundheitsamt hat auf Grund eingehender Berechnungen festgestellt, daß von den unbescheinigten Todesfällen und denjenigen mit unbestimmter Diagnose 5% die Lungentuberkulose und 3% die übrige Tuberkulose betreffen (vide z. B. „Gegen die Tuberkulose" 1934, 4, Seite 57). In allen folgenden Tabellen haben wir die Zahlen des Eidg. Statist. Amtes mit den so errechneten unbescheinigten Todesfällen an Tuberkulose korrigiert.

Tabelle XII. Kurve der Tuberkulose-Mortalität in der Schweiz.



Volkszählungsjahr 1888 und noch darüber zum Ausdruck kommt, sicher nur ein scheinbarer.

Die Tabelle XII zeigt uns, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose in erfreulichem Maße abnimmt, namentlich seit 1900 fällt die Kurve fast gleichmäßig rasch ab. Nach 1915 sehen wir einen deutlichen Rückschlag infolge des Krieges, aber schon 1920 zeigt die Kurve wieder ihre gleichmäßig fallende Tendenz. Die Abnahme von 1888 bis 1930 beträgt für die Lungentuberkulose 57,2% und für die andern Tuberkuloseformen 55,9%. Die prozentuelle Abnahme in diesem Zeitraum ist somit bei beiden Kurven ungefähr dieselbe. Die Kurve der „andern Tuberkulose" beginnt aber bedeutend später abzufallen, ja sie steigt sogar bis nach 1900 an, was aber den tatsächlichen Verhältnissen nicht entspricht, da vor 1901 namentlich auch diese Sterbefälle statistisch nur ungenügend erfaßt wurden. Ganguillet (17).

Nähere Auskunft über das Absinken der Tuberkulose-Mortalität erhalten wir aber erst, wenn wir die Tuberkulose-Sterblichkeit in den einzelnen Altersklassen betrachten. Tabelle XIII gibt uns diese Zusammenstellung für die Volkszählungsjahre seit 1880. Wie schon erwähnt, handelt es sich auch hier um die korrigierten Zahlen. Um zu zeigen, wie groß der Anteil der unbescheinigten Todesfälle an Tuberkulose (für Lungentuberkulose 5%, für andere Tuberkulose 3% der unbescheinigten Todesfälle und derjenigen mit unbestimmter Diagnose) in gewissen Altersklassen ist, haben wir im ersten Teil der Tabelle die absoluten Zahlen zusammengestellt. Die erste Zeile jedes Jahres

gibt uns die bescheinigten Todesfälle, die wir den Veröffentlichungen des Eidgenössischen Statistischen Amtes (18, 19, 20) entnommen haben. Die zweite Zeile enthält die Zahl der unbescheinigten Todesfälle an Tuberkulose, die wir nach den Zahlen der unbescheinigten Todesfälle und derjenigen mit unbestimmter Diagnose für die betreffenden Altersklassen in der angegebenen Weise berechnet haben. Diese Zahlen nehmen von Volkszählungsjahr zu Volkszählungsjahr ziemlich stark ab. Die Zahlen der unbescheinigten Todesfälle und dementsprechend unsere Korrekturen sind namentlich im Säuglings- und Greisenalter hoch, währenddem in den andern Altersklassen, namentlich in jüngerer Zeit, diese Korrekturen auf die Sterblichkeitsziffern kaum einen Einfluß haben. So beträgt z. B. die Zahl der unbescheinigten Todesfälle und derjenigen mit unbestimmter Diagnose für die Altersklasse „unter ein Jahr" für 1880 rund 4000, so daß wir die Zahl der an Lungentuberkulose Verstorbenen um 200 und diejenige der andern Tuberkuloseform um 120 vergrößern müssen. Da aber für Lungentuberkulose nur 85 Fälle bescheinigt sind, beträgt die Zahl der unbescheinigten Lungentodesfälle bedeutend mehr als diejenige der bescheinigten Lungentodesfälle. Wir werden somit auch bei den relativen Zahlen im Säuglings- und Greisenalter erhebliche Unterschiede gegenüber den reinen Zahlen des Statistischen Amtes finden. Unsere Tabelle XIII stimmt also mit denjenigen anderer Autoren (z. B. Fauconnet, 21) nicht überein. Mit den korrigierten Zahlen glauben wir aber den tatsächlichen Verhältnissen wesentlich näher zu kommen.

Die Relativzahlen, d. h. die Zahl der Todesfälle auf 10 000 Lebende der betreffenden Altersklasse berechnet, gestatten sehr gut einen Vergleich zwischen den einzelnen Volkszählungsjahren. Um aber das Absinken der Mortalität deutlicher darzustellen, haben wir in Tabelle XIV die Abnahmen, resp. Zunahmen (d. h. die Differenzen der Sterblichkeitsziffern) in jedem Volkszählungsjahr gegenüber dem vorangehenden Volkszählungsjahr zusammengestellt und die Zahlen der größten Abnahme kursiv gedruckt. Es zeigt sich dabei die Tatsache, daß in den mittleren Altersklassen (ca. 15—50 Jahre) die absolute Abnahme der Tuberkulose-Todesfälle im Jahrzehnt 1920—1930 am größten ist, während die größte Abnahme im Säuglings- und Kleinkinderalter schon bedeutend früher stattfand.

Tabelle XV stellt die Sterblichkeit an allen Formen der Tuberkulose in den Jahren 1880 und 1930 graphisch dar. Die großen Unterschiede der Abnahme in den einzelnen Altersklassen treten dadurch besonders deutlich hervor.

Sehr interessante Tatsachen zeigen sich, wenn wir die Altersklassenkurven nach dem Geschlecht unterscheiden. Die Tabelle XVa zeigt uns die Kurven für 1880 und 1930 für das männliche (Kurve ausgezogen) und für das weibliche Geschlecht (Kurve gestrichelt). Zwischen den beiden Geschlechtern zeigen sich ganz erhebliche Unterschiede. Vor allem fällt in beiden Beobachtungsjahren der starke Unterschied in der Altersklasse 15—19 auf. 1880 betrug die Sterb-

Tabelle XIII. Sterblichkeit an Tuberkulose nach Altersklassen in der Schweiz

	unter 1 Jahr*			1—4 Jahre			5—14 Jahre			15—19 Jahre			20—29 Jahre		
	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total
1880**															absolute
Bescheinigte Todesfälle	85	232	317	136	353	489	215	279	494	446	116	562	1194	142	1336
Zu ergänzen mit	200	120	320	39	23	62	18	11	29	6	4	10	12	7	19
Korrigierte Zahlen	285	352	637	175	376	551	233	290	523	452	120	572	1206	149	1355
1888															
Bescheinigte Todesfälle	86	223	309	142	364	506	287	415	702	536	144	680	1501	175	1676
Zu ergänzen mit	63	38	101	19	12	31	9	5	14	4	2	6	7	4	11
Korrigierte Zahlen	149	261	410	161	376	537	296	420	716	540	146	686	1508	179	1687
1900															
Bescheinigte Todesfälle	143	289	432	205	435	640	213	432	645	542	191	733	1654	252	1906
Zu ergänzen mit	54	32	86	12	8	20	7	4	11	2	1	3	6	3	9
Korrigierte Zahlen	197	321	518	217	443	660	220	436	656	544	192	736	1660	255	1915
1910															
Bescheinigte Todesfälle	55	143	198	96	382	478	204	435	639	496	235	731	1468	329	1797
Zu ergänzen mit	34	21	55	9	5	14	3	2	5	1	1	2	3	2	5
Korrigierte Zahlen	89	164	253	105	387	492	207	437	644	497	236	733	1471	331	1802
1920															
Bescheinigte Todesfälle	35	104	139	59	204	263	151	283	434	460	194	654	1239	293	1532
Zu ergänzen mit	26	16	42	6	4	10	4	2	6	1	0	1	3	2	5
Korrigierte Zahlen	61	120	181	65	208	273	155	285	440	461	194	655	1242	295	1537
1930															
Bescheinigte Todesfälle	16	51	67	29	129	158	62	137	199	298	99	397	936	216	1152
Zu ergänzen mit	12	7	19	1	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	2
Korrigierte Zahlen	28	58	86	30	130	160	63	138	201	299	99	398	937	217	1154
															auf 10 000
1880**	33,9	41,6	75,5	7,0	15,0	22,0	4,1	5,0	9,1	16,8	4,4	21,2	27,7	3,4	31,1
1888	18,4	32,2	50,6	6,6	15,5	22,1	4,8	6,8	11,6	19,9	5,4	25,3	32,2	3,8	36,0
1900	20,9	34,0	54,9	7,6	15,6	23,2	3,4	6,7	10,1	17,2	6,1	23,3	28,9	4,4	33,3
1910	9,5	17,5	27,0	3,4	12,5	15,9	2,7	5,7	8,4	13,9	6,6	20,5	23,8	5,3	29,1
1920	7,5	14,8	22,3	2,6	8,4	11,0	2,0	3,8	5,8	11,9	5,0	16,9	19,0	4,5	23,5
1930	4,0	8,3	12,3	1,2	5,1	6,3	0,9	2,1	3,0	8,2	2,7	10,9	12,8	3,0	15,8

* berechnet auf 10 000 Lebendgeborene.

Tabelle XIV. Zu- oder Abnahme der Sterblichkeitsziffern nach Altersklassen

	unter 1 Jahr			1—4 Jahre			5—14 Jahre			15—19 Jahre			20—29 Jahre		
	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total
1880—1888	*−15,5*	− 9,4	−24,9	−0,4	+0,5	+0,1	+0,7	+1,8	+2,5	+3,1	+1,0	+4,1	+4,5	+0,4	+4,9
1888—1900	+ 2,5	+ 1,8	+ 4,3	+1,0	+0,1	+1,1	*−1,4*	−0,1	−1,5	−2,7	+0,7	−2,0	−3,3	+0,6	−2,7
1900—1910	−11,4	*−16,5*	*−27,9*	*−4,2*	−3,1	*−7,3*	−0,7	−1,0	−1,7	−3,3	+0,5	−2,8	−5,1	+0,9	−4,2
1910—1920	− 2,0	− 2,7	− 4,7	−0,8	*−4,1*	−4,9	−0,7	*−1,9*	−2,6	−2,0	−1,6	−3,6	−4,8	−0,8	−5,6
1920—1930	− 3,5	− 6,5	−10,0	−1,4	−3,3	−4,7	−1,1	−1,7	*−2,8*	*−3,7*	*−2,3*	*−6,0*	*−6,2*	*−1,5*	*−7,7*

(Volkszählungsjahre).

30—39 Jahre			40—49 Jahre			50—59 Jahre			60—69 Jahre			70 und mehr Jahre			Total		
Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total
Zahlen																	
1244	101	1345	865	66	931	723	90	813	443	71	514	138	39	177	5489	1489	6978
15	9	24	21	13	34	32	19	51	55	33	88	115	69	184	513	308	821
1259	110	1369	886	79	965	755	109	864	498	104	602	253	108	361	6002	1797	7799
1238	132	1370	1017	125	1142	761	134	895	501	127	628	135	78	213	6204	1917	8121
8	5	13	12	7	19	22	13	35	38	23	61	77	46	123	259	155	414
1246	137	1383	1029	132	1161	783	147	930	539	150	689	212	124	336	6463	2072	8535
1289	165	1454	983	136	1119	895	161	1056	546	168	714	222	116	338	6692	2345	9037
5	3	8	6	4	10	14	9	23	22	13	35	26	15	41	154	92	246
1294	168	1462	989	140	1129	909	170	1079	568	181	749	248	131	379	6846	2437	9283
1228	230	1458	946	194	1140	721	168	889	564	191	755	233	131	364	6011	2438	8449
3	2	5	4	3	7	8	5	13	15	9	24	34	20	54	114	70	184
1231	232	1463	950	197	1147	729	173	902	579	200	779	267	151	418	6125	2508	8633
927	171	1098	798	174	972	651	160	811	489	179	668	263	128	391	5072	1890	6962
4	3	7	6	4	10	10	6	16	15	9	24	34	19	53	109	65	174
931	174	1105	804	178	982	661	166	827	504	188	692	297	147	444	5181	1955	7136
673	118	791	523	119	642	591	135	726	464	108	572	235	117	352	3827	1229	5056
2	1	3	2	1	3	7	4	11	10	6	16	21	13	34	58	35	93
675	119	794	525	120	645	598	139	737	474	114	588	256	130	386	3885	1264	5149
Einwohner																	
32,6	2,8	35,4	27,4	2,4	29,8	28,6	4,1	32,7	30,2	6,3	36,5	29,2	12,5	41,7	21,1	6,1	27,2
34,2	3,7	37,9	30,9	3,9	34,8	29,5	5,5	35,0	29,0	8,0	37,0	23,9	14,0	37,9	22,1	7,1	29,2
28,3	3,7	32,0	28,5	4,0	32,5	31,8	6,0	37,8	28,5	9,1	37,6	22,8	12,1	34,9	20,8	7,3	28,1
22,5	4,2	26,7	22,5	4,7	27,2	24,2	5,7	29,9	27,5	9,5	37,0	21,8	12,4	34,2	16,1	7,0	23,1
17,1	3,2	20,3	16,5	3,6	20,1	18,2	4,6	22,8	22,1	8,4	30,5	22,3	11,0	33,3	13,2	5,0	18,2
11,1	2,0	13,1	10,4	2,4	12,8	14,0	3,2	17,2	16,9	4,1	21,0	16,4	8,3	24,7	9,5	3,1	12,6

** berechnet auf Ortsanwesende, sonst auf Wohnbevölkerung.

von einem Volkszählungsjahr bis zum nächsten.

30—39 Jahre			40—49 Jahre			50—59 Jahre			60—69 Jahre			70 u. mehr Jahre			Gesamt		
Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total
+1,6	+0,9	+2,5	+3,5	+1,5	+5,0	+0,9	+1,4	+2,3	−1,2	+1,7	+0,5	−5,3	+1,5	−3,8	+1,0	+1,0	+2,0
−5,9	0	−5,9	−2,4	+0,1	−2,3	+2,3	+0,5	+2,8	−0,5	+1,1	+0,6	−1,1	−1,9	−3,0	−1,3	+0,2	−1,1
−5,8	+0,5	−5,3	−6,0	+0,7	−5,3	*−7,6*	−0,3	*−7,9*	−1,0	+0,4	−0,6	−1,0	+0,3	−0,7	*−4,7*	−0,3	−5,0
−5,4	−1,0	−6,4	−6,0	−1,1	−7,1	−6,0	−1,1	−7,1	*−5,4*	−1,1	−6,5	+0,5	−1,4	−0,9	−2,9	*−2,0*	−4,9
−6,0	*−1,2*	*−7,2*	*−6,1*	*−1,2*	*−7,3*	−4,2	*−1,4*	−5,6	−5,2	*−4,3*	*−9,5*	*−5,9*	*−2,7*	*−8,8*	−3,7	−1,9	*−5,6*

Tabelle XVI. Tuberkulose-Mortalität in den einzelnen Kantonen pro Jahrfünft

	1881/1885*			1886/1890*			1891/1895			1896/1900			1901/1905		
	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total
Zürich	22,0	—	—	22,5	—	—	20,4	7,4	27,8	20,3	7,2	27,5	18,0	7,3	25,3
Bern	23,3	—	—	24,0	—	—	22,4	7,5	29,9	20,8	7,5	28,3	20,3	8,1	28,4
Luzern	19,8	—	—	18,0	—	—	17,1	7,2	24,3	15,1	6,1	21,2	15,1	7,6	22,7
Uri	15,3	—	—	18,3	—	—	16,3	11,0	27,3	15,8	8,0	23,8	17,8	10,6	28,4
Schwyz	25,6	—	—	24,0	—	—	20,8	8,1	28,9	22,9	7,9	30,8	20,7	8,4	29,1
Obwalden	16,8	—	—	14,1	—	—	13,8	5,2	19,0	16,6	7,0	23,6	15,9	3,8	19,7
Nidwalden	20,6	—	—	17,8	—	—	20,2	6,1	26,3	16,0	5,9	21,9	14,4	6,9	21,3
Glarus	28,6	—	—	28,4	—	—	24,1	8,3	32,4	22,5	8,2	30,7	23,2	9,2	32,4
Zug	26,7	—	—	24,8	—	—	20,5	7,8	28,3	19,4	7,6	27,0	17,0	9,3	26,3
Freiburg	19,6	—	—	19,9	—	—	19,3	6,8	26,1	18,7	6,9	25,6	18,9	7,4	26,3
Solothurn	22,1	—	—	22,7	—	—	21,2	8,1	29,3	20,0	7,4	27,4	19,5	9,2	28,7
Basel-Stadt	34,2	—	—	31,6	—	—	24,7	9,4	34,1	22,9	8,8	31,7	19,5	7,2	26,7
Basel-Land	20,4	—	—	21,8	—	—	19,7	7,9	27,6	17,4	6,7	24,1	19,6	7,9	27,5
Schaffhausen	16,7	—	—	18,5	—	—	16,6	8,8	25,4	15,9	7,5	23,4	16,5	8,2	24,7
Appenzell A.-Rh.	20,8	—	—	18,1	—	—	16,6	7,0	23,6	17,3	7,6	24,9	15,0	6,4	21,4
Appenzell I.-Rh.	35,0	—	—	27,3	—	—	30,6	6,1	36,7	25,2	6,6	31,8	20,7	5,3	26,0
St. Gallen	24,7	—	—	14,4	—	—	22,1	8,1	30,2	20,4	7,6	28,0	20,9	8,5	29,4
Graubünden	23,8	—	—	25,9	—	—	22,0	7,3	29,3	19,2	8,2	27,4	20,0	8,2	28,2
Aargau	20,8	—	—	22,2	—	—	20,0	7,1	27,1	19,8	7,5	27,3	18,7	9,1	27,8
Thurgau	17,9	—	—	16,8	—	—	16,4	4,6	21,0	15,6	5,0	20,6	16,1	7,1	23,2
Tessin	18,4	—	—	18,9	—	—	19,2	6,2	25,4	18,9	5,8	24,7	18,1	7,1	25,2
Waadt	20,3	—	—	20,6	—	—	19,7	8,3	28,0	18,2	8,1	26,3	17,8	8,9	26,7
Wallis	13,5	—	—	15,1	—	—	13,0	4,5	17,5	13,5	4,6	18,1	15,0	6,0	21,0
Neuenburg	24,9	—	—	22,3	—	—	20,0	9,5	29,5	19,0	7,5	26,5	17,9	7,4	25,3
Genf	30,7	—	—	32,5	—	—	29,8	8,5	38,3	27,4	8,7	36,1	29,9	9,4	39,3
Schweiz	22,3	—	—	22,4	—	—	20,7	7,5	28,2	19,5	7,4	26,9	19,0	8,1	27,1

* bis 1890 Ortsanwesende, nachher Wohnbevölkerung.
** Die Sterblichkeitsziffer hat im Kanton Wallis von 1891/95 bis 1926/30 um 25,1% zugenommen. Diese Zunahme ist aber nur eine scheinbare, da in früheren Jahren

lichkeit an Tuberkulose in dieser Altersklasse für das weibliche Geschlecht 27,8, während die männlichen Altersgenossen nur eine Sterblichkeit von 14,6 aufweisen. Für das Jahr 1930 sind die entsprechenden Zahlen 14,3 für das weibliche und 7,5 für das männliche Geschlecht. Für die praktische Fürsorge ergibt sich aus diesen großen Unterschieden die zwingende Notwendigkeit einer intensiven Fürsorgetätigkeit im Pubertätsalter des weiblichen Geschlechtes (Reihenuntersuchungen in Töchter-, Gewerbeschulen usw.). Im Jahre 1880 ist die Sterblichkeit an Tuberkulose in der Altersklasse 20—29 für beide Geschlechter ungefähr gleich hoch, für die höheren Altersklassen hingegen ist die Sterblichkeit unter den Männern bedeutend höher. Für diesen großen Unterschied dürfte neben der stärkeren Inanspruchnahme im Beruf auch der Alkoholgenuß eine wesentliche Rolle spielen. 1930 beträgt die Sterblichkeit in der Altersklasse 20—29 für das weibliche Geschlecht 17,5 und für das männliche nur noch 14,0. Die weibliche Kurve fällt nach diesem Alter ab und er-

von 1881/85 bis 1926/30.

1906/1910			1911/1915			1916/1920			1921/1925			1926/1930			Abnahme der Gesamt-Tbc-Sterblichkeit von 1891/95 bis 1926/30 in %
Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	Lungen	andere	Total	
15,2	6,3	21,5	12,4	4,9	17,3	12,0	4,6	16,6	9,7	3,3	13,0	8,2	2,7	10,9	61,3
18,3	7,1	25,4	15,2	6,2	21,4	14,3	5,3	19,6	11,4	3,9	15,3	10,4	3,5	13,9	53,5
13,3	6,5	19,8	11,9	5,5	17,4	10,6	5,3	15,9	10,1	4,1	14,2	8,0	3,4	11,4	53,2
13,5	7,5	21,0	13,3	5,6	18,9	9,9	5,8	15,7	10,8	2,8	13,6	8,7	3,2	11,9	56,4
21,2	7,1	28,3	15,9	6,6	22,5	15,2	6,2	21,4	13,2	5,5	18,7	13,1	3,8	16,9	41,5
12,0	3,2	15,2	9,8	4,2	14,0	10,2	4,8	15,0	9,7	3,4	13,1	10,6	3,4	14,0	26,3
16,1	8,0	24,1	15,3	5,7	21,0	15,0	5,6	20,6	9,2	5,6	14,8	12,1	3,7	15,8	39,9
20,6	7,0	27,6	14,1	7,3	21,4	13,9	5,8	19,7	11,4	4,8	16,2	8,7	3,7	12,4	61,7
16,0	7,3	23,3	14,0	7,0	21,0	13,9	5,8	19,7	14,1	5,1	19,2	14,0	2,8	16,8	40,6
17,3	7,7	25,0	15,2	6,8	22,0	15,3	7,0	22,3	12,9	5,1	18,0	12,0	4,4	16,4	37,2
17,1	6,8	23,9	15,2	6,5	21,7	13,9	4,9	18,8	11,1	3,6	14,7	9,3	3,3	12,6	57,0
15,2	6,4	21,6	14,0	4,9	18,9	14,4	5,0	19,4	11,6	3,4	15,0	9,7	2,7	12,4	63,6
15,5	7,0	22,5	13,1	5,4	18,5	12,5	5,5	18,0	10,1	3,1	13,2	8,9	2,7	11,6	58,0
14,5	5,6	20,1	12,9	5,2	18,1	14,6	5,2	19,8	9,8	4,0	13,8	7,7	3,0	10,7	57,9
13,9	6,9	20,8	11,4	6,1	17,5	11,5	6,0	17,5	9,3	4,2	13,5	9,1	4,4	13,5	42,8
21,8	7,1	28,9	14,6	4,6	19,2	14,8	4,6	19,4	12,3	4,3	16,6	12,5	4,5	17,0	53,7
18,2	8,1	26,3	14,4	6,0	20,4	14,0	6,3	20,3	11,1	4,6	15,7	10,3	3,8	14,1	53,3
17,6	8,3	25,9	16,0	6,8	22,8	17,9	6,1	24,0	13,2	4,6	17,8	12,6	4,4	17,0	42,0
17,0	7,2	24,2	13,5	6,1	19,6	13,3	6,1	19,4	11,9	3,8	15,7	10,0	3,2	13,2	51,3
13,2	6,5	19,7	10,5	5,6	16,1	10,5	4,3	14,8	9,5	3,6	13,1	8,5	2,9	11,4	45,7
17,1	7,7	24,8	14,1	6,6	20,7	16,4	6,8	23,2	14,0	4,7	18,7	10,8	3,5	14,3	43,7
18,0	7,8	25,8	16,2	7,1	23,3	16,5	5,6	22,1	14,0	4,4	18,4	11,7	3,9	15,6	44,3
15,1	6,6	21,7	14,4	7,0	21,4	18,6	7,5	26,1	16,9	5,3	22,2	16,5	5,4	21,9	— 25,1**
17,7	7,3	25,0	15,3	5,5	20,8	14,3	5,7	20,0	12,8	3,5	16,3	11,5	3,2	14,7	50,2
25,8	7,7	33,5	20,7	5,6	26,3	20,4	5,6	26,0	16,1	4,5	20,6	12,7	3,4	16,1	58,0
17,1	7,2	24,3	14,4	6,0	20,4	14,3	5,6	19,9	11,9	4,0	15,9	10,4	3,4	13,8	51,1

infolge der sehr großen Zahl unbescheinigter Todesfälle die Todesursachenstatistik sehr mangelhaft war.

reicht diese Höhe erst wieder in der Altersklasse 60—69. Die stärkere körperliche Inanspruchnahme des weiblichen Geschlechtes infolge Schwangerschaft und Laktation kommt also in dieser Kurve recht deutlich zum Ausdruck. Auch für 1930 bewegt sich die männliche Kurve von der Altersklasse 30—39 an über der weiblichen und das bereits für 1880 Gesagte hat auch für 1930 noch Geltung. Erst im Greisenalter ist die Sterblichkeit beim weiblichen Geschlecht wieder etwas höher.

Die Abnahme der Tuberkulose-Mortalität und ebenfalls die heutigen Sterblichkeitsziffern zeigen in den einzelnen Kantonen beträchtliche Schwankungen. Eine Darstellung der einzelnen Kantone nach Altersklassen ist nicht ohne weiteres möglich und zudem wären auch in den kleinen Kantonen die Zahlen zu klein, als daß man daraus bindende Schlüsse ziehen könnte. Wir müssen uns daher mit einer Darstellung der korrigierten Sterblichkeitsziffern in den einzelnen Kantonen pro Jahrfünft begnügen. Bis 1890 haben wir nur die

Tabelle XV. Die Gesamttuberkulosesterblichkeit nach Altersklassen in den Jahren 1880 und 1930.

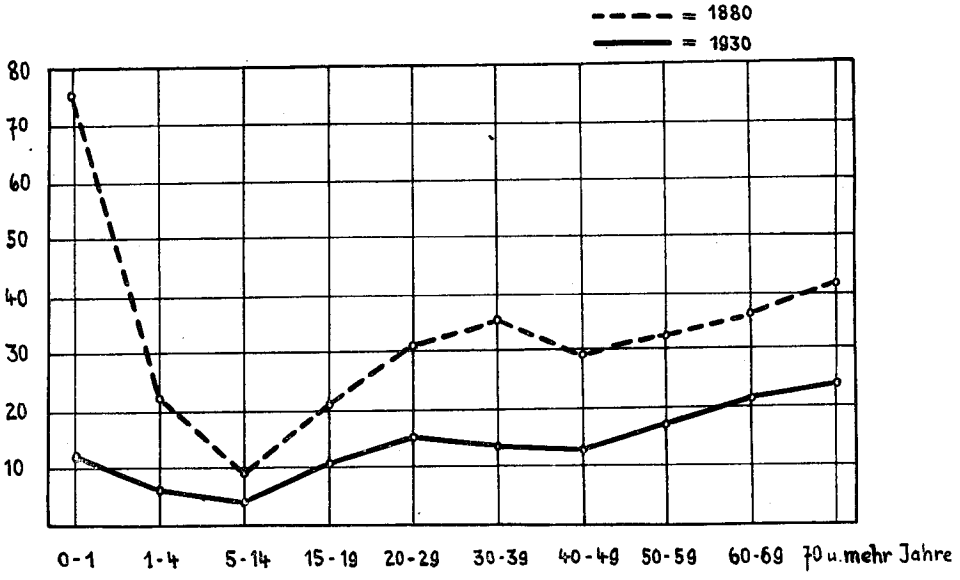
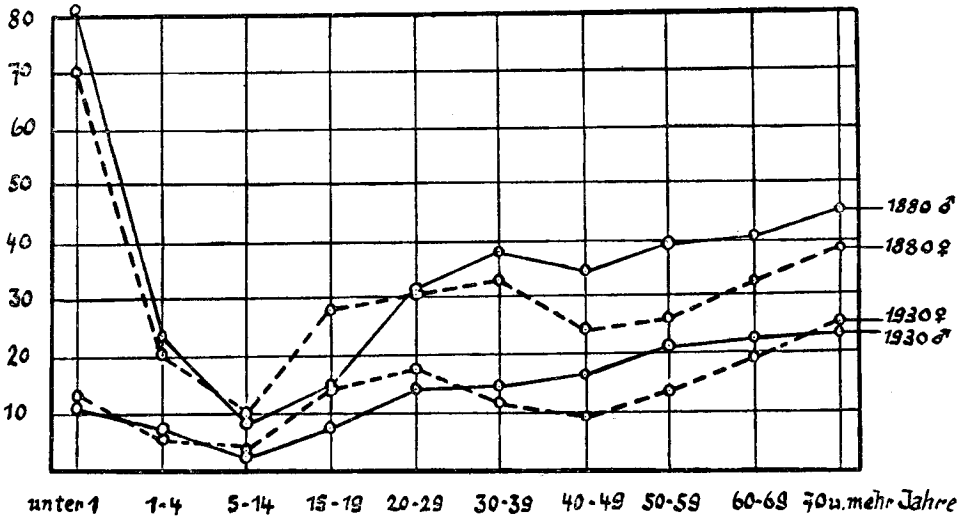


Tabelle XVa. Die Gesamttuberkulosesterblichkeit nach Altersklassen und Geschlecht in den Jahren 1880 und 1930.



Ziffern für die Lungentuberkulose angeführt, da die Fälle an extrapulmonärer Tuberkulose vorher statistisch nur sehr ungenügend erfaßt wurden. Die letzte Spalte der Tabelle XVI zeigt uns überdies die prozentuelle Abnahme der Sterblichkeit zwischen 1891/95 und 1926/30, die in den einzelnen Kantonen

recht verschieden ist. Die größte prozentuelle Abnahme in diesem Zeitraum finden wir im Kanton Basel-Stadt mit 63,6%, während der schweizerische Durchschnitt 51,1% beträgt. (Die Zahlen stammen teilweise aus den Veröffentlichungen des Eidgenössischen Gesundheitsamtes in den verschiedenen Jahrgängen von „Gegen die Tuberkulose", zum andern Teil haben wir sie aus den absoluten Zahlen des Eidgenössischen Statistischen Amtes errechnet.)

III. Kapitel.

Versuch, die Wirksamkeit der Tuberkulosefürsorge statistisch nachzuweisen.

Wir haben im II. Kapitel gesehen, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose in den letzten Jahrzehnten ganz erfreulich abgenommen hat. So beträgt die Abnahme für die ganze Schweiz zwischen der Sterblichkeit von 1891/95 und derjenigen von 1926/30 51,1%. Die Abnahme in der gleichen Zeit beträgt für den Kanton Basel-Stadt sogar 63,6%. Als Hauptgründe dieser starken Abnahme können wohl in erster Linie die Bestrebungen zu einer gesünderen Lebensweise ins Feld geführt werden. Vor allem sind die bedeutend besseren Wohn- und Ernährungsverhältnisse ausschlaggebend. Daß auch den Tuberkulosefürsorge-Organisationen einen Teil dieses Erfolges zukommt, scheint allgemein anerkannt zu sein. Natürlich helfen auch viele soziale Hilfswerke, die sich nicht direkt mit dem Kampf gegen die Tuberkulose befassen, indirekt an diesem Kampfe mit, so erwähnen wir nur die Mütter- und Säuglingsberatungsstellen, die Fürsorgestellen für Alkoholkranke u. a. m.

Wir wollen nun im folgenden versuchen, ob sich aus den in dieser Arbeit zusammengestellten Angaben ein zahlenmäßiger Beweis für die Wirksamkeit der antituberkulösen Organisationen herausschälen läßt, d. h. wir wollen untersuchen, ob sich zwischen der Intensität der Fürsorgearbeit und der Abnahme der Tuberkulose-Sterblichkeit Parallele ziehen lassen. Als Maßstab der Fürsorgetätigkeit nehmen wir vorerst einmal die Zahlen der erfaßten Tuberkulosekranken in bezug auf die mutmaßliche Gesamtzahl der Tuberkulosekranken pro Kanton für das Jahr 1930, wie wir sie in Tabelle VII (Seite 33) ausgerechnet haben. In Tabelle XVII haben wir diese Zahlen nun verglichen mit der Tuberkulose-Sterblichkeit für das Jahrfünft 1926/30 einerseits und mit der Abnahme der Sterblichkeit von 1891/95 bis 1926/30 anderseits.

Wenn in unserer Tabelle der Kanton Uri trotz seiner geringen Fürsorgetätigkeit eine sehr günstige Sterblichkeitsziffer aufweist, und wenn ferner der Kanton Basel-Land wahrscheinlich deshalb in unserer Aufstellung an der günstigsten Stelle steht, weil vermutlich alle in Fürsorge gestandenen Personen als tuberkulosekrank bezeichnet wurden (vergleiche Tabelle I, Seite 22), so lassen sich aus unserer Zusammenstellung doch mit Sicherheit folgende interessante Tatsachen herauslesen:

1. Diejenigen 13 Kantone, die 1930 unter 10% der mutmaßlichen Zahl

Tabelle XVII. Vergleich der erfaßten Tuberkulosekranken pro 1930 mit der Tuberkulosesterblichkeit und mit der Sterblichkeitsabnahme.

Reihenfolge der Kantone	Bekannt waren von der mutmaßlichen Zahl der Kranken in % (vgl. Tab. VII)	Die Tbc-Sterblichkeit betrug für 1926/30		Abnahme der Tbc-Sterblichkeit von 1891/95—1926/30 in % (vgl. Tab. XVI)	
unter 5%:					
1. Wallis	0,6	21,9		—25,1[1])	
2. Uri	1,4	**11,9**	16,7	**56,4**	22,8
3. Freiburg . . .	4,2	16,4		37,2	
zwischen 5 und 10%:					
1. Appenzell I.-Rh.	5,3	17,0		42,8	
2. Graubünden . .	5,5	17,0		42,0	
3. Nidwalden . .	6,3	15,8		39,9	
4. Schwyz	6,5	16,9		41,5	
5. Thurgau . . .	6,9	**11,4**	14,6	45,7	46,6
6. Tessin	7,0	14,3		43,7	
7. Luzern	7,1	**11,4**		**53,2**	
8. St. Gallen	8,3	14,1		**53,3**	
9. Bern	8,6	13,9		**53,5**	
10. Neuenburg . .	8,7	14,7		50,2	
zwischen 10 und 20%:					
1. Zug	11,4	16,8		40,6	
2. Obwalden . . .	13,4	14,0		26,3	
3. Appenzell A.-Rh.	13,7	**13,5**		42,8	
4. Aargau	14,5	**13,2**	13,7	**51,3**	49,5
5. Schaffhausen . .	16,2	**10,7**		**57,9**	
6. Genf	17,3	16,1		**58,0**	
7. Glarus	17,8	**12,4**		**61,7**	
8. Solothurn . . .	19,7	**12,6**		**57,0**	
über 20%:					
1. Waadt	25,8	15,6		44,3	
2. Zürich	29,6	**10,9**	12,6	**61,3**	56,8
3. Basel-Stadt . .	45,8	**12,4**		**63,6**	
4. Basel-Land . .	55,1	**11,6**		**58,0**	
Mittel für die Schweiz			13,8		51,1

Zahlen unter, resp. über dem Mittel in Fettdruck.

[1]) Die Sterblichkeitsziffer hat im Kanton Wallis von 1891/95 bis 1926/30 um 25,1% zugenommen. Diese Zunahme ist aber nur eine scheinbare, da in früheren Jahren infolge der sehr großen Zahl unbescheinigter Todesfälle die Todesursachenstatistik sehr mangelhaft war.

aller Tuberkulosekranken (vergleiche Tabelle VII, Seite 33) in Fürsorge haben, weisen für 1926/30 im Durchschnitt eine Sterblichkeit auf, die über dem schweizerischen Mittel steht.

2. Unter diesen 13 Kantonen befinden sich nur drei, deren Sterblichkeitsziffern geringer sind als diejenige der ganzen Schweiz.

3. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit von 1891/95 bis 1926/30 beträgt im Durchschnitt dieser 13 Kantone weniger als diejenige der ganzen Schweiz.

4. Unter diesen 13 Kantonen befinden sich nur vier, deren Sterblichkeitsabnahme größer ist als der Landesdurchschnitt.

5. Diejenigen 12 Kantone, die 1930 über 10% der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulosekranken in Fürsorge haben, weisen im Durchschnitt eine gegenüber dem Landesmittel geringere Sterblichkeit auf.

6. Unter diesen 12 Kantonen befinden sich 8 Kantone, deren Sterblichkeit unter dem schweizerischen Mittel steht.

7. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit im angeführten Zeitraum beträgt im Durchschnitt dieser 12 Kantone mehr als diejenige der Schweiz.

8. Unter diesen 12 Kantonen befinden sich nur vier, deren Sterblichkeitsabnahme geringer ist als der Landesdurchschnitt.

Wenn sich in unserer Aufstellung einzelne Kantone nicht ohne weiteres unter sich vergleichen lassen, z. B. der Kanton Waadt mit dem Kanton Luzern[1]), so scheinen uns die Tatsachen, die wir oben in 8 Punkten zusammengefaßt haben, doch nicht auf Zufall zu beruhen. Wir können diese Gesetzmäßigkeiten, die bei Betrachtung ganzer Kantonsgruppen und nicht nur einzelner Kantone in unserer Zusammenstellung sehr auffällig sind, doch als einen Beweis für die Wirksamkeit einer gut organisierten und gut arbeitenden Tuberkulosefürsorge betrachten.

Man könnte nun einwenden, daß diese Tabelle auf falschen Grundlagen aufgebaut sei. Wir haben ja die Zahl der erfaßten Tuberkulosekranken in Beziehung gebracht mit der mutmaßlichen Zahl aller Tuberkulosekranken des betreffenden Kantons. Die mutmaßliche Zahl aller Tuberkulosekranken ist aber direkt von der Tuberkulosesterblichkeit abhängig, da wir die Zahl der Todesfälle mit dem Faktor 19 multipliziert haben (vgl. S. 32 und Tab. VII, S. 33). Somit gäbe also die gleiche Zahl der erfaßten Tuberkulosekranken in verschiedenen Kantonen andere prozentuale Werte. Um für unsere Betrachtungen eine einheitliche Grundlage zu haben, haben wir die Zahl der erfaßten Tuberkulösen für 1930 auf 10 000 Einwohner berechnet und in Tabelle XVIII die Kantone nach dieser Reihenfolge aufgeführt.

---

[1]) In der Waadt waren 1930 25,8% der mutmaßlichen Zahl der Tuberkulosekranken in Fürsorge gegenüber nur 7,1% im Kanton Luzern, trotzdem stellt sich der Kanton Luzern, sowohl was die Sterblichkeitsziffer als auch die Abnahme der Sterblichkeit anbelangt, entschieden besser als der Kanton Waadt.

Tabelle XVIII. Die Zahl der erfaßten Tuberkulosekranken für 1930 pro 10 000 Einwohner im Vergleich mit der Tuberkulosesterblichkeit und mit der Sterblichkeitsabnahme.

Reihenfolge der Kantone	Erfaßte Tuberkulosekranke absolut	Erfaßte Tuberkulosekranke pro 10 000 E.	Tbc-Sterblichkeit für 1926/30		Abnahme der Tbc-Sterblichkeit von 1891/95—1926/30	
unter 25 erfaßte Tbc-Kranke pro 10 000 Einw.:						
1. Wallis	32	2,3	21,9		—25,1[1])	
2. Uri	6	2,6	**11,9**		**56,4**	
3. Appenzell I.-Rh.	15	10,7	17,0		42,8	
4. Nidwalden . . .	18	12,0	15,8		39,9	
5. Freiburg	175	12,2	16,4		37,2	
6. Thurgau	186	13,7	**11,4**		45,7	
7. Luzern	278	14,7	**11,4**	15,1	**53,2**	41,1
8. Graubünden . .	200	15,8	17,0		42,0	
9. Tessin	312	19,6	14,3		43,7	
10. Bern	1 424	20,7	13,9		**53,5**	
11. St. Gallen . . .	593	20,7	14,1		**53,3**	
12. Schwyz	131	21,0	16,9		41,5	
13. Neuenburg . . .	277	22,3	14,7		50,2	
über 25 erfaßte Tbc-Kranke pro 10 000 Einw.:						
1. Schaffhausen . .	142	27,7	**10,7**		**57,9**	
2. Obwalden . . .	56	28,9	14,0		26,3	
3. Aargau	816	31,4	**13,2**		**51,3**	
4. Appenzell A.-Rh.	172	35,1	**13,5**		42,8	
5. Zug	124	36,1	16,8		40,6	
6. Glarus	152	42,6	**12,4**	13,3	**61,7**	51,9
7. Solothurn . . .	647	44,9	**12,6**		**57,0**	
8. Genf	795	46,4	16,1		**58,0**	
9. Zürich	3 277	53,1	**10,9**		**61,3**	
10. Waadt	2 101	63,3	15,6		44,3	
11. Basel-Stadt . .	1 258	81,1	**12,4**		**63,6**	
12. Basel-Land . .	1 057	114,2	**11,6**		**58,0**	
Schweiz	14 244	35,0	13,8		51,1	

Die Tabelle XVIII bestätigt uns nur die Resultate der Tabelle XVII. Was wir dort in 8 Punkten zusammengefaßt haben, könnte hier wörtlich wiederholt werden. Es sind in beiden Tabellen in der ersten Hälfte die genau gleichen 13 Kantone vertreten, wenn auch deren Reihenfolge nicht genau dieselbe ist.

[1]) vgl. Anmerkung auf Seite 66.

Somit dürfte der Beweis von der Wirksamkeit einer guten Fürsorge noch erhärtet sein.

Wenn wir weiter aus der Tabelle V (S. 29) die Zahl der bekannten Todesfälle (d. h. die Todesfälle an Tuberkulose, die vor ihrem Ableben der Fürsorge bekannt waren) als Maßstab der Fürsorgeintensität vergleichen mit der Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit nach Tabelle XVI, so erhalten wir:

	% der bekannten Todesfälle 1930	Abnahme der Sterblichkeit von 1891/95—1926/30 in %
Kanton St. Gallen . . .	11,8	53,3
„ Genf	18,6	58,0
„ Zürich	30,4	61,3
„ Basel-Stadt . .	54,0	63,6

Leider stehen die Zahlen der bekannten Todesfälle nur in diesen 4 Kantonen mit Sicherheit fest, so daß wir trotz des parallelen Verlaufes mit der Sterblichkeitsabnahme doch keine Schlüsse daraus ziehen dürfen, da dieser Parallelismus auf Zufall beruhen kann.

Wir wollen nun aber weiter die Größe der Ausgaben für die Fürsorgetätigkeit ebenfalls vergleichen mit der Tuberkulosesterblichkeit und der Sterblichkeitsabnahme. Wir haben daher aus Tabelle XI (S. 54) die Bundesbeiträge für die Kantone pro Kopf der Bevölkerung als Maßstab für den Durchschnitt der finanziellen Leistungen der drei Jahre 1928, 1930 und 1932 zusammengestellt und in der Tabelle XIX verglichen mit der Tuberkulosesterblichkeit für das Jahrfünft 1926/30 einerseits und mit der Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit zwischen 1891/95 und 1926/30 anderseits.

Wenn auch die Reihenfolge der Kantone in unserer Zusammenstellung nicht übereinstimmt mit der Reihenfolge in Tabelle XVII oder XVIII, so zeigen sich bei der Betrachtung ganzer Kantonsgruppen und nicht nur einzelner Kantone wieder die analogen interessanten Tatsachen wie in Tab. XVII, resp. XVIII, die auch diesmal sicher nicht auf Zufall beruhen. Wir fassen diese Tatsachen wieder kurz zusammen:

1. Diejenigen 12 Kantone, die im Durchschnitt der drei Jahre 1928, 1930 und 1932 pro Kopf der Bevölkerung und pro Jahr einen Bundesbeitrag unter 20 Rappen erhielten, weisen für 1926/30 im Durchschnitt eine Sterblichkeit auf, die über dem schweizerischen Mittel steht.

2. Unter diesen 12 Kantonen befinden sich nur drei, deren Sterblichkeitsziffern geringer sind als diejenige der ganzen Schweiz.

3. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit von 1891/95 bis 1926/30 beträgt im Durchschnitt dieser 12 Kantone weniger als diejenige der ganzen Schweiz.

Tabelle XIX. Die finanziellen Fürsorgeleistungen der Kantone im Vergleich mit der Sterblichkeit und mit der Sterblichkeitsabnahme.

Reihenfolge der Kantone	Beitrag in Rappen pro Kopf der Bevölkerung für die durchschnittlichen Leistungen der Jahre 1928, 1930 und 1932 (vgl. Tab. XI)	Tbc-Sterblichkeit für 1926/30		Abnahme der Tbc-Sterblichkeit von 1891/95 bis 1926/30 in % (vgl. Tab. XVI)	
unter 10 Rappen:					
1. Uri	2,9	**11,9**		**56,4**	
2. Wallis	5,7	21,9	15,9	—25,1[1])	31,4
3. Bern	8,2	13,9		**53,5**	
4. Nidwalden	9,1	15,8		39,9	
zwischen 10 und 20 Rappen:					
1. Graubünden	11,1	17,0		42,0	
2. Schwyz	11,8	16,9		41,5	
3. Appenzell I.-Rh.	13,5	17,0		42,8	
4. Thurgau	13,7	**11,4**	14,9	45,7	44,1
5. St. Gallen	14,2	14,1		**53,3**	
6. Freiburg	15,7	16,4		37,2	
7. Obwalden	15,8	14,0		26,3	
8. Basel-Stadt	16,3	**12,4**		**63,6**	
zwischen 20 und 30 Rappen:					
1. Aargau	20,5	**13,2**		**51,3**	
2. Zug	20,8	16,8		40,6	
3. Genf	21,2	16,1		**58,0**	
4. Zürich	21,5	**10,9**		**61,3**	
5. Luzern	22,3	**11,4**		**53,2**	
6. Waadt	24,2	15,6	13,4	44,3	52,7
7. Glarus	24,5	**12,4**		**61,7**	
8. Schaffhausen	27,1	**10,7**		**57,9**	
9. Appenzell A.-Rh.	27,4	**13,5**		42,8	
10. Basel-Land	28,1	**11,6**		**58,0**	
11. Neuenburg	29,1	14,7		50,2	
über 30 Rappen:					
1. Solothurn	34,2	**12,6**	13,4	**57,0**	50,4
2. Tessin	46,4	14,3		43,7	
Schweiz	21,3	13,8		51,1	

Zahlen unter resp. über dem Mittel in Fettdruck.

[1]) vgl. Anmerkung auf Seite 66.

4. Unter diesen 12 Kantonen befinden sich nur vier, deren Sterblichkeitsabnahme größer ist als der Landesdurchschnitt.

5. Diejenigen 13 Kantone, deren Bundesbeitrag mehr als 20 Rappen pro Kopf der Bevölkerung beträgt, weisen im Durchschnitt eine gegenüber dem Landesmittel geringere Sterblichkeit auf.

6. Unter diesen 13 Kantonen befinden sich acht Kantone, deren Sterblichkeit unter dem schweizerischen Mittel steht.

7. Die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit im angeführten Zeitraum beträgt im Durchschnitt dieser 13 Kantone mehr als diejenige der Schweiz.

8. Unter diesen 13 Kantonen befinden sich nur fünf, deren Sterblichkeitsabnahme geringer ist als der Landesdurchschnitt.

Diese 8 Punkte, die denjenigen der Tabelle XVII analog sind, können ebenfalls im großen ganzen als Beweis für die Wirksamkeit einer guten Tuberkulosefürsorge angesprochen werden.

Wenn wir nun die Kantone nach der Art ihrer Fürsorgestellen (ärztlich oder nicht ärztlich geleitete) betrachten wollten, so würde natürlich eine solche Zusammenstellung stark problematisch, da in der Art der Fürsorgestelle nicht ohne weiteres ein Gradmesser für die Güte einer Fürsorge erblickt werden kann. Wir haben schon in anderem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß ein Kanton mit nicht ärztlichen, aber gut geleiteten und über den ganzen Kanton verteilten Fürsorgestellen besser arbeitet als ein Kanton, der eigentlich nur auf dem Papier über ärztlich geleitete Fürsorgestellen verfügt. Als Beispiele können wir hier die Kantone Aargau und Wallis nennen. Wenn in einem Kanton nur in der Hauptstadt eine ärztlich geleitete Fürsorgestelle besteht, wie z. B. im Kanton Freiburg, während die Fürsorge auf dem Lande sehr mangelhaft durchgeführt wird, so wird sich natürlich das Resultat einer solchen Fürsorgestelle für den ganzen Kanton kaum auswirken können. Aus diesem Grunde wollen wir von einer solchen Zusammenstellung absehen und nur erwähnen, daß von 15 Kantonen mit ärztlich geleiteten Fürsorgestellen 9 Kantone eine Sterblichkeitsabnahme von 1891/95 bis 1926/30 aufweisen, die über dem Landesdurchschnitt (51,1%) steht, während unter den 10 Kantonen ohne ärztlich geleitete Fürsorgestellen nur 4 Kantone zu finden sind mit einer größeren Abnahme als der schweizerische Durchschnitt. In diesen beiden Gruppen verhalten sich also die Zahlen der Kantone mit einer starken Sterblichkeitsabnahme (über 51,1%) wie $^3/_5$ zu $^2/_5$.

Wir haben im weitern an städtischen Beispielen untersucht, ob nach der Gründung der Fürsorgestelle bei der Tuberkulosesterblichkeit eine merkbare Änderung festzustellen sei, d. h. ob sich der Beginn der Fürsorgetätigkeit schon bald in einer stärkeren Abnahme der Sterblichkeit auswirke. Dazu ist aber zu bemerken, daß das Gründungsjahr einer Fürsorgestelle nicht zugleich der Beginn einer stark wirksamen Bekämpfung bedeutet, da diese Fürsorge-

stellen am Anfang ihres Bestehens, sowohl aus finanziellen Gründen wie auch aus Mangel an Erfahrung, noch keine sehr positive Tätigkeit entwickeln konnten. Ein Beweis in diesem Sinne läßt sich daher nicht feststellen.

Zusammenfassend kann aus dem Gesagten aber doch als erwiesen betrachtet werden, daß die Tuberkulosefürsorge, sofern sie gut organisiert und nach den Prinzipien der Seuchenbekämpfung arbeitet, einen wirksamen Faktor im Kampf gegen die Tuberkulose bedeutet. Es ist daher unsere Pflicht, den weiteren Ausbau der Antituberkuloseorganisationen zu fördern und so mitzuhelfen an der Wohlfahrt unseres Volkes.

IV. Kapitel.

Vorschlag zu einer einheitlichen Berichterstattung.

Wir haben für diese Arbeit, wie schon in der Einleitung erwähnt, als Quellen hauptsächlich die Jahresberichte der antituberkulösen Organisationen benützt. Es hat sich aber beim Studium dieses recht umfangreichen Materials gezeigt, daß sich diese Jahresberichte nur beschränkt oder gar nicht unter sich vergleichen lassen, da die Berichterstattung von Ort zu Ort sehr verschieden durchgeführt wird. Wenn man bedenkt, wieviel Geld jährlich der Druck dieser vielen Jahresberichte kostet, so sollte wenigstens diese Ausgabe dadurch gelohnt werden, daß ein Vergleich unter den verschiedenen Berichten ohne weiteres möglich ist, sodaß man sich über die Tätigkeit auf dem Gebiet der Tuberkulosefürsorge in allen Teilen der Schweiz ein Bild machen kann. In der ganzen Schweiz stehen jährlich rund 50 000 Personen in Fürsorge und es ist recht bedauerlich, daß dieses umfangreiche Material statistisch nicht besser ausgenützt werden kann.

Es lohnt sich natürlich nicht, daß jede kleine Fürsorgestelle einen eigenen Jahresbericht herausgibt, vielmehr sollten gedruckte Jahresberichte nur von großen, städtischen Fürsorgestellen und von den kantonalen Organisationen für den ganzen Kanton herausgegeben werden. Im Kanton Thurgau gibt zum Beispiel die kantonale Organisation („Verband thurgauischer Tuberkulose-Fürsorgestellen") keine Jahresberichte heraus und es ist daher kaum möglich, sich an Hand der lokalen Berichte ein Bild über die Fürsorgetätigkeit zu machen. Ein kantonaler Bericht wäre aber auch aus Gründen der Propaganda weit wirksamer als die vielen lokalen Berichte. Wir müssen uns natürlich darüber im klaren sein, daß die Jahresberichte meistens nur deshalb gemacht werden, um die Gebefreudigkeit der Bevölkerung zu steigern. Diese Berichte werden meistens bei Haussammlungen gegen Bezahlung des Mitgliederbeitrages abgegeben und enthalten vielerorts, neben der oft bis in alle Einzelheiten reichenden Jahresrechnung, nur einen allgemeinen Artikel, der an die charitativen Gefühle des Menschen appellieren soll. Wenn aber der Bevölkerung zahlenmäßig gezeigt wird, wieviel Personen überhaupt von dieser Institution

unterstützt werden und was im vergangenen Jahre im ganzen Kanton an Fürsorgearbeit geleistet wurde, so wird dadurch die Hilfsbereitschaft und das Verständnis der Bevölkerung sicher nur noch gesteigert. Neben einem Aufsatz, der zur Aufklärung der Bevölkerung dient, und eventuellen lokalen Ereignissen (Todesfälle von Komiteemitgliedern usw.), sollten die Jahresberichte unbedingt einheitliche Angaben enthalten über gewisse Punkte, die wir im folgenden noch besprechen werden.

Natürlich müssen wir uns hier mit Minimalforderungen begnügen, da wir andernfalls sicher nichts erreichen würden. Nach Rücksprache mit dem Präsidenten der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose, Herrn Dr. Bachmann, haben wir ein Schema der Berichterstattung ausgearbeitet, das wir hier in Tabelle XX wiedergeben. Wie gesagt stellt diese Zusammenstellung nur ein Minimum dar. Wenn in einem Jahresbericht die Angaben noch weiter gegliedert sind, ist das um so besser, aber die von uns vorgeschlagenen Punkte sollten aus jedem Jahresbericht einer städtischen Fürsorgestelle und noch viel mehr aus jedem Jahresbericht einer kantonalen Organisation für den *ganzen* Kanton (eventuell nach Bezirken zusammengefaßt) ohne Schwierigkeiten herausgelesen werden können.

Zu einzelnen Punkten unserer Tabelle XX ist noch folgendes zu sagen:

ad I: Neben der Totalzahl der Fürsorgefälle und neben der Totalzahl der Tuberkulösen ist auch die Zahl der Neuaufnahmen und unter diesen vor allem die Zahl der „tuberkulösen Neuaufnahmen" sehr interessant, da sie die Grundlagen für eine Morbiditätsstatistik bilden können. Bis heute wissen wir über die Häufigkeit tuberkulöser Erkrankungen recht wenig. Wenn wir aber später einmal die Zahlen der pro Jahr neu erfaßten Tuberkulosekranken für eine Reihe von Jahren vergleichen können, läßt sich feststellen, ob die Häufigkeit der tuberkulösen Erkrankung gleich bleibt, d. h. daß also nur die Heilungsaussichten bei der Tuberkulose gewaltig gestiegen sind, oder ob die Morbidität mit der Abnahme der Mortalität mehr oder weniger parallel verläuft. Um diese wichtige Frage wenigstens einigermaßen abzuklären, lohnt es sich gewiß, die Fürsorgefälle in dieser Hinsicht auszuzählen.

ad II: Wir sind uns bewußt, daß diese Einteilung vom medizinischen Standpunkt aus keineswegs genügt. In gut geleiteten, städtischen Fürsorgestellen sind denn auch die speziellen Befunde weit detaillierter aufgeführt (vgl. z. B. die Jahresberichte der Stadt Zürich). Wenn wir dennoch von einer weitgehenderen Gliederung abgesehen haben und alles, was nicht eindeutig Lungen- oder Knochentuberkulose ist, in der Rubrik „Fälle von übrigen tuberkulösen Erkrankungen" zusammengefaßt haben, so geschah das deshalb, weil wir mit unseren Forderungen bescheiden sein wollen, damit sie wenn irgend möglich doch ausgeführt werden. (Für spezielle medizinische Studien wird überdies das Material bei den Fürsorgestellen erhältlich sein.) Die Fälle von „Verdächtigen" und „Gefährdeten" haben wir deshalb zusammengefaßt,

Tabelle XX. Schema für eine einheitliche Berichterstattung.

	Kinder (unter 15 J.) männl.	Kinder (unter 15 J.) weibl.	Erwachsene (über 15 J.) männl.	Erwachsene (über 15 J.) weibl.	Total
I. Die Zahl der Befürsorgten					
Total der Fürsorgefälle	.....	.....	.....	.....	.....
Von der Totalzahl waren tuberkulös	.....	.....	.....	.....	.....
Die Zahl der Neuaufnahmen	.....	.....	.....	.....	.....
Von der Zahl der Neuaufnahmen waren tuberkulös	.....	.....	.....	.....	.....
II. Spezielle Befunde					
Fälle von Lungentuberkulose					
a) offen	.....	.....	.....	.....	.....
b) geschlossen	.....	.....	.....	.....	.....
„ „ Knochentuberkulose	.....	.....	.....	.....	.....
„ „ übrigen tuberkulösen Erkrankungen	.....	.....	.....	.....	.....
„ „ Verdächtigen ohne Befund und Gefährdeten	.....	.....	.....	.....	.....
Es waren behandlungsbedürftig	.....	.....	.....	.....	.....
„ „ überwachungsbedürftig	.....	.....	.....	.....	.....
„ „ nicht überwachungsbedürftig	.....	.....	.....	.....	.....
III. Spezielle Fürsorge					
Es wurden zu Hause unterstützt	.....	.....	.....	.....	.....
Es wurden versorgt:					
in Sanatorien	.....	.....	.....	.....	.....
in Spitälern	.....	.....	.....	.....	.....
in Erholungshäusern, an Landorten, Ferienkolonien usw.	.....	.....	.....	.....	.....
IV. Zahl der Todesfälle	.....	.....	.....	.....	.....

V. Die Zahl der ärztlichen Untersuchungen betrug ..... (Nur für ärztlich geleitete Fürsorgestellen.)

VI. Die Zahl der Hausbesuche betrug .....

VII. Sachleistungen: (Kurze Meldung über Art und Zahl der abgegebenen, resp. ausgeliehenen Gegenstände).

VIII. Wohnungsdesinfektionen wurden veranlaßt in ..... Fällen

IX. Umgebungsuntersuchungen wurden durchgeführt oder veranlaßt in ..... „

X. Reihendurchleuchtungen wurden durchgeführt in ..... „

XI. Arbeit konnte vermittelt, resp. beschaffen werden in ..... „

XII. Jahresrechnung — Fr.

Einnahmen

1. Aus privaten Mitteln (Beiträge, Sammlungen, Kapitalzinsen usw.) .....
2. Aus öffentlichen Mitteln (Bundessubvention, Beiträge von Kanton und Gemeinden) .....
3. Rückerstattungen .....

Total Einnahmen .....

Ausgaben

1. Für Arzneimittel, Röntgen, ärztliche Untersuchungen usw. .....
2. Für Hauspflege .....
3. Für Kuren
   in Sanatorien .....
   in Spitälern .....
   in Erholungshäusern, Ferienkolonien, Landaufenthalte .....
4. Für Besoldungen und Betriebskosten .....

Total Ausgaben .....

weil diese Begriffe nicht genau definiert sind und von Ort zu Ort verschieden aufgefaßt werden. Mehr vom sozialen Standpunkt aus wäre eine Einteilung der Befürsorgten in „behandlungsbedürftig", „überwachungsbedürftig" und „nicht überwachungsbedürftig" zu begrüßen.

ad VII: Die Sachleistungen haben wir nicht einzeln aufgeführt, um nicht bei gewissen Fürsorgestellen die Ansicht zu verstärken, daß das für den Kampf gegen die Tuberkulose das Wichtigste sei. Leider scheint diese Ansicht noch da und dort verbreitet zu sein. Immerhin wären in den Jahresberichten über dieses Gebiet kurze, zusammenfassende Angaben, die folgende Punkte berühren sollten, sehr aufschlußreich:

1. Abgabe von Kleidern und Wäsche
2. Ausleihen von Betten
3. Abgabe von Spucknäpfen und Fieberthermometern
4. Abgabe von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln
5. Abgabe von Nahrungs- und Stärkungsmitteln
6. Abgabe von Barunterstützungen
7. Besorgen der Wäsche
8. Gewähren von Mietzinszuschüssen
9. Stellen von Haushaltungshilfen, usw.

ad XII: Die Jahresrechnungen lassen in den meisten Jahresberichten in bezug auf die Ausführlichkeit nichts zu wünschen übrig, ja die Abrechnungen reichen oft bis in die kleinsten Einzelheiten, während aber daneben vielfach über die Tätigkeit der Fürsorgestelle nichts zu finden ist. Wenn in einem Jahresbericht unter „Ausgaben" die Kurbeiträge für 19 Patienten einzeln aufgeführt sind, und zwar z. B. Frau L. L., Hünikon, Fr. 446.—, G. K., Unteroppikon, Fr. 192.— usw., wie wir diese Angaben aus dem Jahresbericht einer thurgauischen Fürsorgestelle entnommen haben, so ist das nicht nur Platzverschwendung, sondern eine Indiskretion. In solch kleinen Gemeinden, wie den angeführten, wissen die Dorfeinwohner bei solchen Angaben sofort, um wen es sich handeln muß. Eine solche, in einem gedruckten Jahresbericht veröffentlichte Abrechnung, kann höchstens viele Leute abhalten, die Hilfe der Fürsorgestelle für sich in Anspruch zu nehmen. Es genügt doch vollständig, wenn im Jahresbericht zu finden ist, daß an Kurbeiträgen diese und diese Summe ausgegeben wurde. Daneben sollten aber sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben in die auf unserer Tabelle angeführten Punkte ohne weiteres zerlegt werden können, damit man sich über die Finanzierung der Tuberkulosebekämpfung in der ganzen Schweiz orientieren kann.

Literaturverzeichnis

1. Richtlinien für die Ausrichtung von Beiträgen aus dem Koch-Brunner-Fonds, in „Gegen die Tuberkulose" (Beilage zum Bulletin des Eidg. Gesundheitsamtes). Jahrg. 1929, Nr. 6, Seite 81.
2. Verzeichnis der privaten Organisationen zur Bekämpfung der Tuberkulose in der Schweiz, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1934, Nr. 2, Seite 19 u. f.
3. *Kiermayr*, Einrichtung und Betrieb von Fürsorgestellen in der Stadt, in Blümel „Handbuch der Tuberkulose-Fürsorge". J. F. Lehmanns Verlag, München 1926.
4. *Baer, Gustav*, Tuberkulosebekämpfung — Tuberkulosefürsorge, in Alexander-Baer „Praktisches Lehrbuch derTuberkulose". Verlag von Joh. Amb. Barth, Leipzig 1931.
5. *von Hayek*, Das Tuberkulose-Problem. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1923.
6. *Olivier, E.*, Die Tuberkulose-Bekämpfung in der Schweiz. Schweiz. Vereinigung gegen die Tuberkulose, 1924.
7. Ausgaben der Anstalten und Organisationen für die Tuberkulosebekämpfung in der Schweiz im Jahre 1932 und die hiefür im Jahre 1933 ausgerichteten Bundesbeiträge, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1934, Nr. 9, Seite 119.
8. *Braeuning*, Organisation und Betrieb ärztlich geleiteter Fürsorgestellen für Lungenkranke in der Stadt und auf dem Lande, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1933, Nr. 1, Seite 1.
9. *Braeuning*, Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung in Pommern, in „Tuberkulose-Fürsorgeblatt", Jahrg. 1922, Nr. 1.
10. Bundesgesetz betreffend Maßnahmen gegen die Tuberkulose (vom 13. Juni 1928).
11. *Guggenheim-Grünberg, Dr. Florence*, Die Arbeit der Tuberkulose-Fürsorge in der Stadt Zürich in zahlenmäßiger Beleuchtung. Dissertation E. T. H. erschienen in „Schweiz. Zeitschrift für Hygiene", IX. Jahrg. 1929, 5. und 6. Heft.
12. *Braeuning*, Welche Richtlinien ergeben sich für uns für die weitere Tuberkulosebekämpfung aus der Mortalität und insbesondere aus der Morbidität der Tuberkulose?, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1935, Nr. 1, Seite 1.
13. Richtlinien für die Organisation der öffentlichen Tuberkulose-Kurversorgung und des Tuberkulose-Fürsorgewesens im Kanton Bern, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1932, Nr. 12, Seite 171 u. f.
14. *Kartagener, Dr. M.*, Umgebungsuntersuchungen bei Lungentuberkulose in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1932, Nr. 7, Seite 99.
15. *Bachmann, Dr. E.*, Über zukünftige Aufgaben der Tuberkulose-Bekämpfung, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1931, Nr. 9, Seite 137.
16. *Wild, Dr.*, St. Gallen, Die Durchführung des Tuberkulose-Gesetzes durch den Schularzt, in „Gegen die Tuberkulose", Jahrg. 1930, Nr. 1, Seite 11.
17. *Ganguillet*, Die Verbreitung der Tuberkulose in der Schweiz, in „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in der Schweiz". Francke, Bern 1917, Seite 8.
18. Eidg. Statist. Amt, Ehe, Geburt und Tod in der schweizerischen Bevölkerung während der zehn Jahre 1891—1900.
19. Eidg. Statist. Amt, Ehe, Geburt und Tod in der schweizerischen Bevölkerung während der Jahre 1901—1920.
20. Eidg. Statist. Amt, Bevölkerungsbewegung in der Schweiz 1930.
21. *Fauconnet*, La mortalité tuberculeuse en Suisse selon l'âge et le sexe, in „Gegen die Tuberkulose" 1934, Nr. 5, Seite 75.

Curriculum vitae.

Ich, Hans Baumann, wurde am 12. Februar 1908 in Zofingen (Kanton Aargau) als Sohn des Hans und der Valerie geb. Faes geboren. Aber schon im Jahre 1915, nachdem ich in Zofingen das erste Jahr der Volksschule beendet hatte, siedelten meine Eltern nach Zürich über. Dort besuchte ich die Volksschule und anschließend das kantonale Gymnasium, das ich im Herbst 1927 mit dem Reifezeugnis verlassen konnte. Ich trat darauf in die pharmazeutische Abteilung der Eidg. Technischen Hochschule ein. Im Herbst 1932, in meinem letzten Studiensemester, machten sich die Folgen eines früher im Militärdienst erlittenen Unfalles bemerkbar und es erwies sich als notwendig, meine Studien zu unterbrechen und das Schweizerische Hochschulsanatorium in Leysin aufzusuchen. Während der Zeit meines Kuraufenthaltes habe ich die Vorstudien zur vorliegenden Arbeit gemacht und den größten Teil ausgearbeitet. Für das Wintersemester 1935/36 konnte ich wieder nach Zürich entlassen werden, um meine Studien zu beenden. Im Frühling 1936 bestand ich das Staatsexamen als Apotheker. Seither befaßte ich mich mit der Beendigung dieser Arbeit.