

# **Badische Landesbibliothek Karlsruhe**

**Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe**

## **Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1931**

8 (30.4.1931) Wissenschaftliche Beilage zu den Aertzlichen Mitteilungen  
aus und für Baden

# WISSENSCHAFTLICHE BEILAGE

## zu den Aerztlichen Mitteilungen aus und für Baden / 1931 Nr. 8

### Die neuere Entwicklung der Tuberkulosefürsorge.\*)

Von Dr. Geibler, Städtobermedizinalrat, Karlsruhe.

#### I.

In der norwegischen Hauptstadt Oslo, die nach Rösle die beste Tuberkulosestatistik der Welt hat, konnte man nachweisen, daß der Heilungseffekt bei den durch Gesetz gemeldeten Tuberkulösen in den Jahren von 1920—1927 erheblich, auf mehr als das Doppelte des Anfangswertes, gestiegen ist. Der jährliche Neuzugang an Kranken blieb dabei fast unverändert, die Sterblichkeit aber nahm bedeutend ab. Infolgedessen kann man als bewiesen erachten, daß der Rückgang der Tb-Sterblichkeit daselbst hauptsächlich durch die ärztlich-therapeutischen und fürsorgerischen Maßnahmen für die bereits Erkrankten bedingt war.

Hier in Karlsruhe haben wir — unabhängig von Oslo — dieselbe Erscheinung beobachten können. Am 1. April der Jahre 1926—1929 standen Offentuberkulöse und fakultativ Offene in Fürsorge

1926 . . . . .	528
1927 . . . . .	544
1928 . . . . .	567
1929 . . . . .	580

An Tuberkulose aller Art sind in denselben Jahren gestorben:

1926 . . . . .	176
1927 . . . . .	134
1928 . . . . .	107
1929 . . . . .	127

Die Zahlen der vor dem Tode erfaßten Offentuberkulösen waren für die betr. Jahre:

1926 . . . . .	82 Prozent
1927 . . . . .	83 Prozent
1928 . . . . .	93 Prozent
1929 . . . . .	94 Prozent

Daraus geht, im Großen und Ganzen gesehen, hervor, daß auch in Karlsruhe die Zahl der in den betr. Jahren ausgeheilten bzw. geschlossen Gewordenen ständig gestiegen, die der Verstorbenen aber im Ganzen langsam gefallen ist, wobei ein gelegentlicher besonders niedriger Wert für 1927 als zufällige Kurvenzacke anzusehen ist.

Denselben Schluß darf man endlich aus folgenden Tatsachen ziehen:

Anhand der amtlichen Sterbeziffern von Baden, Hessen-Nassau, Oldenburg und Bayern unter Berücksichtigung von rd. 19 000 Tuberkulosesterbefällen konnte ich folgendes zeigen: In den Jahren 1925 bis 1928 ist die früher allenthalben und in Baden und Hessen-Nassau letztmals 1924 beobachtete Tuberkuloseübersterblichkeit der Arbeiterklasse vollständig ver-

schwunden. An der Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit in diesen Jahren haben die Arbeiter- und die Angestelltenklasse, also die von der sozialen Versicherung und sozialen Fürsorge erfaßten Bevölkerungsgruppen, den größten, die Klasse der im Berufe Selbständigen und leitenden Berufe, also die wenig oder garnicht Versicherten, den geringsten Anteil.

In Baden z. B. starben:

1924: Selbständige = 12,5, Arbeiter = 16,9

1928: Selbständige = 13,6, Arbeiter = 12,2

auf je 10 000 Personen der betr. Bevölkerungsklasse.

Wenn man früher wohl mit einem gewissen Recht der Auffassung war, daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit als eine unmittelbare Wirkung rein wirtschaftlicher und damit allgemein hygienischer Besserstellung der Arbeiterschaft anzusehen sei, so rückt jetzt aufgrund des vorstehend Gesagten die durch unsere Sozialpolitik ermöglichte ärztliche Arbeit in den Mittelpunkt des Interesses und ist als die Hauptursache des Rückganges der Tuberkulosesterblichkeit im letzten Jahrzehnt anzusehen.

Von der Gestaltung und Entwicklung dieser unserer ärztlichen und fürsorgerischen Arbeit soll hier im Rahmen des ärztl. Fortbildungskurses einiges berichtet werden.

#### II.

Solange wir keine nachgewiesenermaßen wirksame Schutzimpfung gegen die Tuberkulose haben, ist die erste Aufgabe der Tuberkulosefürsorge nach wie vor die Erfassung und Sanierung der Offenen und fakultativ Offentuberkulösen; denn die Fürsorge erstrebt zu allererst Schutz für die Gesunden und Vorsorge für die Gefährdeten. Diese Aufgabe ist aber durch die Sachlage nicht zu trennen von einer weiteren, der Hilfe für die Kranken. Endlich ist zur Verhütung des Offenwerdens die Früherfassung beginnender Tuberkulosefälle notwendig. Nicht zu den Aufgaben der Tuberkulosefürsorge aber gehört die Behandlung der Kranken, diese überläßt die Fürsorge in vollem Umfange dem Therapeuten. Der Fürsorgearzt selbst ist eigentlich Hygieniker, wie man ihm denn in Frankreich die Bezeichnung „Hygieniste“ beigelegt hat.

Um die Aufgabengebiete nun im einzelnen zu besprechen, wollen wir einmal einen praktischen Fall durchgehen: In der Schularztstelle wird ein Kind als krankheitsverdächtig beanstandet. Ein positiver Moro beweist, daß es einen Tb-Infekt erlitten hat. Die Durchleuchtung in der Fürsorgestelle, wohin es überwiesen wird, ergibt ein Lungeninfiltrat. Was tut nun der Fürsorgearzt? Mit der Diagnostestellung ist die eigentliche ärztliche Arbeit an dem Kinde zunächst beendet. Jetzt beginnt die Fürsorge: Der Schularzt bzw. die Schule wird benachrichtigt. Das Kind wird dem Hausarzt, oder wenn es ein schwerer Fall ist,

\*) Vortrag, gehalten bei dem ärztlichen Fortbildungskurse zu Karlsruhe, 14. 12. 1930.

dem Krankenhaus überwiesen. Evtl. wird zugleich eine Heilstättenkur vorbereitet und die Kostenregelung in Angriff genommen, damit später keine Zeit verloren geht. Hierzu ist Fühlungnahme mit der Familie des Kindes nötig. Die nächste Aufgabe der Fürsorgestelle ist die Fahndung nach der Infektionsquelle: Die Fürsorgerin muß Hausbesuche machen und die Geschwister und die übrigen Familienmitglieder, wenigstens aber alle hustenden Personen aus der Umgebung des Kindes zur Untersuchung bringen. Oefters gelingt so die Erfassung eines Offentuberkulösen. Ist bei diesem die Diagnose gestellt, so wird auch er je nach der Sachlage dem Hausarzt oder in Ausnahmefällen dem Krankenhause überwiesen und, soweit nötig, die Kostenaufbringung dafür geregelt. Die weiteren in Betracht kommenden Fürsorgemaßnahmen sind: Belehrung des Kranken und seiner Familie über die Ansteckungsgefahr und die nötige laufende Desinfektion, Abgabe von Spuckflaschen und Desinfektionsmitteln, Erziehung des Kranken zu Husten- und Spuckdisziplin, Sprechdisziplin, Sauberkeit, Absonderung des Kranken in einem besonderen Zimmer, wenn nötig, Beschaffung von Bettzeug, und Leibwäsche, Abgabe von Liegestühlen, soweit erforderlich Beschaffung von Lebensmittelzulagen aus Mitteln des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose, des Fürsorgeamtes, der Reichsbahndirektion, der Oberpostdirektion oder sonstiger Behörden, wenn nötig und möglich, Wohnungsbeschaffung und Mietbeihilfe, Vergrößerung oder Verbesserung der Wohnung, Beschaffung von Heizmaterial. Säuglinge und Kleinkinder unter 2 Jahren müssen soweit möglich ganz aus dem Haushalt entfernt und anderweitig untergebracht werden. Für die Zwecke der Sanierung und Fürsorge hat man im übrigen da und dort ambulante Liegehallen, Ledigenheime, Sonderküchen für alleinstehende Lungenkranke, Sonderwaschanstalten und ähnliche Einrichtungen.

Die fürsorgerische Betreuung der Familien der Offentuberkulösen dauert jahrelang, bis zur Ausheilung oder zum Tode. Darüber hinaus aber soll die Nachfürsorge, die in regelmäßigen Nachuntersuchungen und Belehrungen der familiär gefährdeten Jugendlichen besteht, bis zum vollendeten 30. Lebensjahre fortgeführt werden.

Schon aus der Aufzählung dieser Maßnahmen kann man sich ein Bild machen von der verantwortungsvollen und schwierigen Fürsorgekleinarbeit, die ein einziger Sanierungsfall erfordert. Diese Arbeit wird unter der Leitung des Fürsorgearztes im Außendienst von den Fürsorgerinnen geleistet. Ich möchte hier die Fürsorgerinnen, soweit Sie mit ihnen in Berührung kommen, angelegentlichst Ihrem Wohlwollen empfehlen, sie haben eine wirklich schwere Arbeit zu leisten.

Trotzdem nun eine große Anzahl Aerzte, die LVA., die R.f.A., RBBK und die bakt. Untersuchungsämter sowie die Fürsorgeämter melden, haben wir auch in den letzten Jahren 6—8 Prozent der Tuberkulosesterbefälle vor ihrem Tode nicht erfaßt. In der Hauptsache sind die Nichterfaßten einige wenige Fälle der Praxis aurea und solche Patienten, die erst moribund zum Arzt kamen. Bei ersteren ist anzunehmen, daß der Hausarzt selbst auch die fürsorgeärztliche Arbeit übernimmt. Die letzteren Fälle werden sich nie ganz vermeiden lassen. Bezüglich der

wohlhabenden Patienten wäre zu fordern, daß auch sie gemeldet würden, denn nach der Verordnung, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten betr., ist der Arzt dazu verpflichtet. Die Meldung kann an das Bezirksamt oder an die Tuberkulosefürsorgestelle erfolgen. Wenn in solchen Fällen ein Eingreifen der Fürsorgestelle nicht gewünscht wird und nicht nötig ist, wird diese sich gewiß nicht in die Behandlung einmischen. Im übrigen aber steht Karlsruhe seit einer Reihe von Jahren mit 93—94 Prozent Erfaßten mit an erster Stelle im ganzen Deutschen Reich.

Sehr wesentlich ist für den Sanierungseffekt die Frage, wie lange vor ihrem Tode die Kranken in Fürsorgeüberwachung standen. Hierüber haben wir selbst noch keine Statistik aufgestellt, in Jena standen 3 Jahre und darüber 70 Proz., darunter 30 Proz. in Fürsorge. Die Zeitdauer der Ueberwachung hat sich in den letzten Jahren dort und, wie anzunehmen ist, auch bei uns, wesentlich gebessert. Kayser-Petersen-Jena hat die Fälle nun noch nach der Art und Ausdehnung des Lungenprozesses, der bei der Erfassung der offenen Tuberkulose erhoben wurde, eingeteilt und für 1929 festgestellt: Von 63 Fällen waren Frühfälle rund 22 Prozent, ausgedehnte Fälle 70 Prozent, sehr ausgedehnte 8 Prozent. „Zu spät“ erfaßt waren demnach 78 Prozent, also mehr als  $\frac{3}{4}$  der Gesamtzahl. Eine Nachprüfung, weshalb die Kranken so spät erfaßt worden sind, ergab, daß von den vom Arzt überwiesenen die meisten, nämlich 60 Prozent, innerhalb eines Monats, 30 Prozent innerhalb eines halben Jahres und nur 10 Prozent später gemeldet wurden. Es ist zu ersehen, daß hier noch Verbesserungsmöglichkeiten bestehen.

Eine Untersuchung der Frage, wie lange die Kranken schon vor der Erfassung gehustet haben, zeigte, daß die wesentlichste Ursache der verspäteten Erfassung in der verspäteten Krankmeldung zu suchen ist: Ueber  $\frac{1}{4}$  der Patienten hat erst nach über einjähriger Krankheitsdauer den Weg zum Arzte gefunden. Die Aerzte sind also nicht daran schuld. Unter diesen Umständen ist es aber erfreulich, daß die durch die Krankenscheingebühr bedingte Erschwerung des Weges zum Arzt wenigstens für die Tuberkulösen durch die neueste Notverordnung wieder teilweise aufgehoben ist.

Bezüglich der Hilfe für die Kranken ist für die Fürsorge wichtig, daß nach der Entlassung aus der Heilstätte, soweit dies nötig ist, für Fortsetzung der ärztlichen Behandlung gesorgt wird. Bei Ausgesteuerten sind entsprechende begründete Anträge an das Fürsorgeamt zu stellen. Grundsätzlich ist jedem die Möglichkeit alljährlicher oder noch häufigerer Wiederholungskuren gegeben. Auch bei vorgeschrittenen offenen Fällen haben wir uns bisher im Einverständnis unseres Ausschusses auf den Standpunkt gestellt, daß sie in örtliche oder in ländliche Krankenhäuser oder in eine Heilstätte zu sogenannten Sanierungskuren eingewiesen werden können, solange und sooft sie dazu bereit sind, weil auf diese Weise eine fast vollkommene Absonderung erreicht wird, während der in freiem Verkehr sich bewegende Offentuberkulöse für seine Umgebung und die Allgemeinheit doch eine ständige Gefahr darstellt.

Erst in der allerletzten Zeit hat man mit Sanierungskuren bei solchen Kranken, die zu Hause einigermaßen saniert waren, eine gewisse Zurückhaltung beobachten müssen. Bis vor kurzem konnten wir den Kranken auch laufende Ernährungsbeihilfen vom Landesverband verschaffen, zur Zeit sind bedauerlicherweise dafür nur noch geringe Mittel vorhanden. Es wäre zu wünschen, daß die von den Kranken als sehr angenehm empfundenen und für die fürsorgerische Ueberwachungsarbeit als Erziehungs- und Druckmittel wertvollen Beihilfen späterhin wieder in größerem Umfange gewährt werden könnten.

An dieser Stelle ist nun einiges zu sagen über das Kapitel Umgebungsuntersuchungen und Früherfassung, die Probleme, die gegenwärtig im Mittelpunkt der Diskussion der Fachkreise stehen. Aufgrund der Erfahrung, daß eindeutige objektive klinische Zeichen bei sogen. Frühfiltraten öfters fehlen, wurde von verschiedenen Seiten die Meinung vertreten, an müsse nun zur Erfassung des Frühfiltrates einen Röntgenkataster einführen und alle Personen im Alter von 15—30 Jahren jährlich zweimal terminmäßig durchleuchten. Redeker hat eine soziale, eine hygienisch-erzieherische, eine diagnostische und eine Etappe der planmäßigen Erfassung in der Entwicklung der Tuberkulosefürsorge unterschieden, in deren letzterer wir jetzt drinstehen sollen. Daran ist meiner Meinung nach so viel Richtiges, als es jetzt gilt, die Heilungsaussichten der Tuberkulose-Erkrankungsfälle dadurch zu verbessern, daß sie rechtzeitig erkannt werden. Diese Aufgabe läßt sich aber nicht von den Fürsorgestellen allein lösen, wie von manchen mit Braeuning erstrebt wird. — hat man doch die Forderung aufgestellt, daß die Fürsorgestelle jährlich jeden 5. Menschen selbst durchleuchten soll. Wenn wir die Ergebnisse derartiger Massendurchleuchtungen mit dem Aufwand an Arbeitszeit und Geld vergleichen, so besteht m. E. ein gewisses Mißverhältnis. Braeuning-Stettin fand bei 5000 Durchleuchtungen und zwar bei Personen, die als gefährdet oder als verdächtig angesehen werden konnten, 15 Frühfiltrate. Wie wirowski-Bremen bei Reihenuntersuchungen als gesund geltender Personen, nämlich bei 1369 Durchleuchtungen von Schutzpolizisten 23 Tuberkulosefälle, die nicht bekannt waren; Kattentidt-München bei 493 Studenten 4 aktiv Tuberkulose (2 Offene). — An eigenem Material konnten wir folgendes feststellen: Innerhalb eines Ueberwachungsjahres waren bei einer Reihe von 330 zur Ueberwachungsuntersuchung erschienenen Personen im Alter von 0—30 Jahren, die einer Familie von Offentuberkulösen angehörten, 33 an einer aktiven, behandlungsbedürftigen Tuberkulose erkrankt. Bei uns ist der Prozentsatz ein viel höherer, der Leerlauf weit geringer, offenbar dadurch, daß diejenigen, die sich ganz gesund fühlten und keinerlei Klagen hatten, auch wenn sie zur Untersuchung eingeladen wurden, nicht kamen. Bei Kindern, die nicht klagten, fand man eher noch aktive Tuberkuloseprozesse, bei Erwachsenen so gut wie gar nicht. Aufgrund meiner Erfahrungen möchte ich meine Meinung dahin aussprechen, daß man an den regelmäßigen halbjährlichen Untersuchungen der Kinder unter 15 Jahren festhalten soll, mindestens solange die Infektionsquelle fließt, weil Kinder subjektiven Störungen gegenüber nicht kritisch genug

sind, und viele Eltern die Kinder nicht dauernd sorgfältig beobachten. Diese Untersuchungen sollten in Städten für die Schulkinder nach dem Vorbild von Mannheim mit den schulärztlichen Untersuchungen zusammengelegt werden können, um Doppelarbeit zu sparen. Dabei müßte aber unbedingt die Möglichkeit der Anwendung eines Röntgenapparates und der Moroprobe gegeben sein. Die jugendlichen Personen im Alter von 15—30 Jahren, besonders aber die 20—30-jährigen, sollte man in der Weise überwachen, daß man sie alljährlich, am besten mündlich, durch die Fürsorgerin, immer wieder zu einer Untersuchung einlädt und sie dazu erzieht, sofort zu kommen, sofern das geringste Verdachtsmoment einer Tuberkulose-Erkrankung vorliegt. Denn man hat Fälle erlebt, wo kurze Zeit nach einer negativ verlaufenen Durchleuchtung die Erkrankung einsetzte, die Erscheinungen aber vom Patienten nicht ernst genommen wurden, weil er ja erst kürzlich untersucht war.

Bei unseren Bestrebungen, die Früherfassung zu fördern, müssen wir also nicht nur an die Aerzteschaft, sondern auch an das Publikum appellieren im Sinne weitgehender Aufklärung über die Frühererscheinungen.

Diese meine Auffassung stützt sich auf folgendes: In einer Kontrollreihe von 50 beginnenden Tuberkuloseerkrankungen verschiedener Formen (Frühfiltrate, akt. Spitzenfälle) bei Personen im Alter von 15 Jahren aufwärts, habe ich feststellen können, daß die Anamnese so gut wie regelmäßig irgendwelche Anhaltspunkte ergibt. Notwendig ist aber, daß die Patienten ganz genau nach Husten, Auswurf, Stechen, Krankheitsgefühl usw. ausgefragt werden. Bisher nur in einem einzigen Falle fand ich ein Infiltrat bei einem jungen Mädchen, das angeblich keine Klagen hatte. Es handelte sich dabei aber um ein Pflegekind, von dem die Mutter befürchtete, daß es vom Jugendamt mit Rücksicht auf die Erkrankung des Pflegevaters weggenommen werden möchte. Später wurden auch in diesem Falle einige subjektive Störungen zugegeben. Ebenso könnte man sich denken, daß die Studenten bei der Reihenuntersuchung in München, wo man Offentuberkulose von den Vorlesungen ausschließt, und die Schutzpolizisten in Bremen, eine gewisse Neigung zur Dissimulation haben, und beim Ausfragen manches verheimlichen, was sie dem Privatarzt angeben würden.

Wir glauben besser daran zu tun, wenn wir in den nachgehenden Umgebungsuntersuchungen Maß halten und die Aufgabe der Tuberkulose-Fürsorge durch eine Verbindung der älteren hygienisch-erzieherischen Methoden mit der neueren Untersuchungstechnik zu lösen suchen, dies umso mehr, als die Tuberkulose-Sterblichkeit in den Städten, wo die Fürsorgestellen Reihenuntersuchungen machen und seit Jahren ausgesprochen polypragmatisch eingestellt sind, keineswegs geringer ist als bei uns. In dieser Auffassung weiß ich mich auch mit Harms, dem Leiter der Mannheimer Tuberkulosefürsorgestelle, einig.

Trotzdem spielt die diagnostische Tätigkeit der Fürsorgestelle eine große Rolle. Auf die Diagnostik möchte ich hier ein wenig ausführlicher eingehen, weil diese den praktischen Arzt ebensowohl interessiert als den Fürsorgearzt, und weil mindestens 50 Prozent der beginnen-

den Tuberkulosefälle nicht durch die Fürsorge, sondern durch den Praktiker erfaßt werden und erfaßt werden müssen. Ueberhaupt ist, darin stimme ich Fraenkel-Heidelberg bei, die Organisation der Tuberkuloseabwehr nur zu lösen durch eine wirkliche und nicht nur formale Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft. Die Fürsorgestellen aber müssen darauf bedacht sein, sich als diagnostische Institute auf der Höhe zu halten, einmal weil zahlreiche Praktiker sich ihrer Mithilfe bei der Diagnosestellung bedienen wollen, — seit Jahren sind die meisten unserer Neuzugänge von Ärzten überwiesen — sodann aber auch, weil sie von vielen amtlichen Stellen als Vertrauensstellen um ihr Urteil angegangen werden.

Bei dem vielgestaltigen Charakter der Lungentuberkulose ist die Diagnose nicht immer ganz leicht, ohne reiche Erfahrung können nicht alle Aufgaben gelöst werden. Denker hat eine Statistik der A.O.K. Berlin aus dem Jahre 1928 veröffentlicht: Die Nachprüfung der kassenärztl. Diagnosen ergab darnach unter 818 Fällen, die als Tuberkuloseverdacht oder Spitzenkatarrh bezeichnet waren, 45 offene Tuberkulosen und 49 Offentuberkulose hatten unbestimmte Diagnosen. Umgekehrt hatten von rund 1600 als Lungentuberkulose bezeichneten Fälle 177 überhaupt keinen krankhaften Lungenbefund.

Wer die Schwierigkeiten der Tuberkulose-Diagnostik ohne Röntgenapparat, nur mittels der klassischen Untersuchungsmethoden, würdigt, der wird dem vielbeschäftigten Kassenarzt daraus kaum einen besonderen Vorwurf machen. Selbst ein geübter Lungenspezialist kann es auch nicht besser. Es wird aber sichtbar, wie wünschenswert vielfach eine Ergänzung bezw. Unterstützung der Diagnostik des praktischen Arztes durch eine fachärztlich geleitete Fürsorgestelle oder den Facharzt sein kann. Andererseits ist auch zu ersehen, daß es begrüßt werden muß, wenn die Ärzteschaft sich in ihren Fortbildungskursen bemüht, auf dem Gebiete der Tuberkulosedagnostik mit den Fortschritten der Zeit Schritt zu halten.

Wie kommen wir nun zu einer guten Diagnose? Es sollen hier nur einige Hinweise auf Hilfsmittel gegeben werden, die neben den klassischen Untersuchungsmethoden des Abhorchens und Abklopfens öfters zu kurz kommen:

Bei der Anamnese sollte familiäre Belastung vorsichtig machen. Außer Husten, Auswurf, Nachtschweiß, Mattigkeit, Gewichtsabnahme sind Magenstörungen und Appetitlosigkeit schon für sich allein nicht selten Anfangssymptome einer Tuberkulose. Grippeartige Erkrankungen mit Fieber, Husten, Abgeschlagenheit usw. sollten besonders außerhalb von Epidemiezeiten an Tuberkuloseschübe und besonders auch an das Auftreten eines sogen. Frühinfiltrates denken lassen.

Auskultation und Perkussion können gelegentlich völlig im Stiche lassen, wiederum besonders bei Früh-

infiltraten, die unterhalb des Schlüsselbeines zentral liegen. Deshalb gehört zu jeder Lungenuntersuchung bei Patienten, die über verdächtige Symptome klagen, eine Röntgenuntersuchung. Wir dürfen die Kassen nicht schonen. Diese haben selbst das größte Interesse an einer rechtzeitigen Diagnose. Die Vertrauensärzte müßten sogar von sich aus bei allen länger dauernden Katarrhen auf eine Röntgenuntersuchung drängen. Insbesondere darf man das Röntgen auch nicht verabsäumen bei Selbstzahlern, denen man manchmal gerne größere Ausgaben ersparen möchte. Es kann sich bitter rächen. Der Nichtversicherte steht heute ohnedies hinsichtlich der Tuberkuloseversorgung schlechter als der Versicherte. Hier sei darauf hingewiesen, daß die Fürsorgestellen wohl überall die Möglichkeit haben, jeden Patienten unentgeltlich wenigstens zu durchleuchten; für bedürftige Selbstzahler ist die Möglichkeit gegeben, daß auch für Röntgenaufnahmen nur die Materialkosten in Höhe des Tarifes verlangt werden. Wenn bei Durchleuchtungen nicht derselbe Grad von Exaktheit gewährleistet ist wie bei Aufnahmen, so ist doch in all den Fällen, bei denen die Kosten für letztere nicht aufgebracht werden können, die Durchleuchtung immerhin eine wertvolle Kontrolle.

Auch in den Fällen, in welchen die Diagnose physikalisch zu stellen ist, kann vom Röntgenverfahren nicht abgesehen werden, weil wir nur durch dieses imstande sind, eine exakte Qualitätsdiagnose zu stellen, die für den Heilplan und für die Prognose erforderlich ist.

Umgekehrt stehen wir aber auch nicht auf dem gegenteiligen Standpunkte, daß das Röntgenverfahren allein genügt. Die klin. Untersuchung muß die Grundlage unserer Diagnostik auch weiterhin bleiben. Wenn manche Aerzte dem Röntgenologen die Diagnose zuschieben wollen, so ist dies eine Verkennung der Sachlage. Es gibt zwar eindeutige Fälle, z. B. bei Frühinfiltraten mit ihren ganz charakteristischen Verschattungen, ebenso bei manchen Fällen abgeheilter Tuberkulose, die durchaus typische Bilder zeigen. Meist aber kann das Röntgenbild erst zusammen mit dem exakt erhobenen Gesamtbefunde richtig ausgewertet werden. Hier ist darauf hinzuweisen, daß alte und frische Prozesse nebeneinander vorhanden sein können. Ich kenne Röntgenbilder, bei denen man nur einen fingernagelgroßen Schatten im Hilusgebiet oder nur einige ganz kleine zerstreute Herdchen feststellen konnte, die man für bedeutungslos zu erachten geneigt gewesen wäre, während man im Auswurf Tuberkulose-Bazillen fand. Ältere Tuberkulosefälle werden häufig röntgenologisch als vernarbt gedeutet, während eine beschleunigte Blutsenkung und positiver Auswurfbefund auf Aktivität und Infektiosität hinweisen.

(Schluß folgt.)