

An den Dezernenten der Deputation für die öffentliche Gesundheitspflege und die städtischen Krankenanstalten in Berlin.

Berlin, den 30. Januar 1909.

Hochgeehrter Herr Stadtrat!

Die an mich gerichtete Anfrage:

„Kann es ohne Gefahr für Rekonvaleszenten geschehen, daß **Kranke mit geschlossener Tuberkulose in dieselbe Anstalt aufgenommen werden?** Letztere würden in besonderen Schlafräumen untergebracht werden, aber mit Nichttuberkulösen im Eßraum und Tageraum zusammenkommen. Schwindsüchtige sind selbstverständlich ausgenommen.“

beehre ich mich wie folgt zu beantworten.

Ein Kranker mit geschlossener Tuberkulose ist für seine Umgebung ganz ungefährlich. Ich verstehe hierbei unter geschlossener Tuberkulose einen Krankheitszustand, bei welchem von seiten der Kranken gar keine Tuberkelbazillen an die Außenwelt abgegeben werden, sei es im Sputum oder in den Fäzes oder in Absonderungen der Schleimhäute. Da aber sehr oft im Verlaufe der Krankheit eine geschlossene in eine offene Tuberkulose übergeht, so müssen derartige Kranke fortlaufend sorgfältig überwacht werden, wenn man mit Sicherheit eine von ihnen ausgehende Infektionsgefahr vermeiden will.

Unter der Voraussetzung also, daß eine-derartige Überwachung stattfindet und daß jeder Kranke, bei welchem auch nur der Verdacht einer offenen Tuberkulose entsteht, sofort entfernt wird, können Kranke mit geschlossener Tuberkulose unbedenklich mit nichttuberkulösen Rekonvaleszenten in derselben Anstalt untergebracht werden, namentlich wenn die Tuberkulösen besondere Schlafräume haben.

Bemerkungen zu dem Bauprogramm betreffend ein Krankenhaus für Lungen- und Kehlkopfleidende in Buch in einer Konferenz des Berliner Magistrats am 3. März 1910.

Die zu errichtende Anstalt soll nach dem Programm zur Entlastung und Ergänzung der städtischen Krankenhäuser in bezug auf die Unterbringung der an Lungen- und Kehlkopftuberkulose Leidenden dienen. Eine weitere wichtige Aufgabe derselben würde darin zu erblicken sein, daß sie eine Besserung der Tuberkuloseverhältnisse der Stadt Berlin bewirkt. Diese Verhältnisse liegen nicht günstig. Während in Preußen in den letzten 25 Jahren die Sterblichkeit an Lungentuberkulose beständig und gleichmäßig abgenommen und im Jahre 1908 die Zahl 16,4 auf 10 000 Lebende erreicht hat, ist Berlin in dieser Beziehung erheblich zurückgeblieben. Etwa 13 Jahre lang ist die Berliner Kurve der Schwindsuchtsmortalität der preußischen parallel gegangen, und es ist die Mortalitätsziffer von 34,6 auf 21,0 im Jahre 1898 erreicht worden. Dann, also seit etwa 10 Jahren, hört für Berlin das Absinken der Kurve auf. Dieselbe verläuft mit erheblichen Schwankungen in derselben Weise wie vor der Periode der Mortalitätsabnahme. Im Jahre 1908 betrug die Mortalität 19,8, also 13,4 mehr als im Staate Preußen. Daher ist es gekommen, daß der Berliner Stadtkreis, welcher früher unter den Regierungsbezirken etwa in der Mitte rangierte, in den medizinalstatistischen Nachrichten für das Jahr 1908 an der Spitze, also mit der höchsten Schwindsuchtssterblichkeit, aufgeführt ist. Bei anderen Großstädten ist ein solcher Stillstand in der Abnahme der Schwindsuchtssterblichkeit nicht beobachtet. So hat z. B. London ein gleichmäßiges Sinken bis 14,0 im Jahre 1907. Ganz besonders möchte ich auf Hamburg hinweisen. Diese Stadt hatte 1888

die Ziffer 31,7. Von da ab ist die Mortalität an Lungenschwindsucht fast ohne Unterbrechung bis 13,4 im Jahre 1908, also auf mehr als die Hälfte, herabgegangen. Die einzige mir bekannte Stadt, welche ähnliche Verhältnisse, wenn auch nicht so auffallende aufweist wie Berlin, ist Newyork, welches im Jahre 1907 eine Schwindsuchtsmortalität von 23,7 hatte und in den letzten 7 Jahren keine deutliche Abnahme gezeigt hat.

Man hat in neuerer Zeit Untersuchungen darüber angestellt, welche Ursachen dem in den allermeisten Ländern und Großstädten beobachteten Rückgange der Lungentuberkulose zugrunde liegen und hat gefunden, daß dabei verschiedene Faktoren in Frage kommen. Die wichtigsten sind Verbesserungen der Wohnungsverhältnisse und ganz besonders die Überführung der Tuberkulösen in Krankenhäuser. Diese letztere Maßregel erweist sich aber um so wirksamer, je mehr es gelingt, die Kranken mit sogenannter offener Tuberkulose, d. h. diejenigen, welche durch Verbreitung der ausgehusteten Tuberkelbazillen für ihre Umgebung besonders gefährlich sind, in den Krankenhäusern unterzubringen und sie daselbst möglichst lange Zeit zurückzuhalten. In der richtigen Erkenntnis, daß eine möglichst umfangreiche Bereitstellung von Krankenbetten für Kranke mit offener Tuberkulose das sicherste Mittel zur Verbesserung der Tuberkuloseverhältnisse in einer Großstadt ist, hat man in Newyork beschlossen, die im Jahre 1908 für Schwindsüchtige zur Verfügung stehende Bettenzahl von 2500 auf 5000 zu bringen, von denen mindestens 3500 für vorgeschrittene, d. h. unheilbare Fälle bestimmt sind. Man rechnet dabei auf eine Verpflegungsdauer von durchschnittlich 4 Monaten für einen Kranken.

Es ist sehr erfreulich, daß auch Berlin den Entschluß gefaßt hat, in gleicher Weise vorzugehen. Die Erhöhung der Bettenzahl für Schwindsüchtige um 500 wird allerdings dem Bedarf wohl nur zum Teil entsprechen, aber einen mehr oder weniger kräftigen Einfluß auf die Abnahme der Schwindsucht in Berlin wird man sich doch sicher davon versprechen können. Jedoch wird dies nur dann der Fall sein, wenn die neue Anstalt ausschließlich für Fälle mit offener Tuberkulose zur Verfügung gestellt und der Aufenthalt der Kranken in der Anstalt nicht zu kurz bemessen wird.

Nun kommt unter Kindern die offene Lungentuberkulose, worunter ich, wie bereits erwähnt, diejenigen Fälle verstehe, bei denen Tuberkelbazillen ausgehustet und in der Umgebung verstreut werden, verhältnismäßig selten vor. Aus diesem Grunde würde ich es für ratsam halten, die neue Anstalt nur für Erwachsene einzurichten, und zwar so, daß für Männer drei Pavillons und für Frauen ein Pavillon bestimmt werden.

Aus dem Bauprogramm ist zu ersehen, daß die Anstalt ganz nach dem Vorbilde der Lungenheilstätten geplant ist. Sie wird im Walde liegen, mit zweistöckigen Pavillons und mit Liegehallen versehen sein. Unter der Voraussetzung, daß die Krankenvavillons mit der Front nach Süden gerichtet sind, was in dem Programm nicht erwähnt ist, glaube ich diesem Plane vollkommen beistimmen zu müssen. Nur einen Punkt möchte ich zur Erwägung anheimgeben. Die Krankenzimmer sollen in einem Pavillon umfassen: drei Säle mit je 20 Betten, zwei Zimmer mit je 2 Betten und vier Zimmer mit je einem Bett. Nach den Erfahrungen, welche man in den Heilstätten gemacht hat, ist es vorzuziehen, die Krankenzimmer nicht zu groß zu machen und über 6 Betten für einen Raum nicht hinauszugehen.

Die meisten Anstalten haben nur Räume für 1, 2 und 4 Betten. Beelitz hat einige Räume mit 8 Betten, die aber am Ende des Pavillons liegen und von drei Seiten Fenster haben. Von Räumen mit 20 Betten ist entschieden abzuraten. Wenn es irgend zugänglich ist, sollte man Räume mit mehr als 6 Betten nicht in den Bauplan aufnehmen.

Abwässerbeseitigung, Wasserversorgung usw.

An den Herrn Staatssekretär des Innern.

Berlin, den 25. September 1884.

Eurer Exzellenz beehre ich mich folgendes ganz gehorsamst zu berichten.

Die an das Reichskanzleramt gerichtete Eingabe des Herrn S. vom 1. v. M. ist die Veranlassung geworden, daß ich eine Äußerung darüber abgeben soll, „ob ich auf Grund meiner Forschungen das **Abschwemmen von Fäkalmassen in städtischen Entwässerungskanälen**, wie bei dem Schwemmkanalsystem geschieht, in sanitärer Beziehung für zulässig erachte, sowie ob nicht das **Liernursystem**, weil es Maßregeln ausführbar macht, die das gänzliche Ausschließen von Fäkalien aus den Kanälen sowie die Desinfektion allen infizierten Hauswassers praktisch ermöglicht, den Vorzug verdient“.

Da meine Forschungen sich im wesentlichen auf Infektionskrankheiten beziehen, so wird die von mir verlangte Äußerung sich auch nur mit der Frage zu beschäftigen haben, inwieweit Infektionsstoffe besser durch das Schwemmsystem oder durch das Liernursystem beseitigt und unschädlich gemacht werden. Zum großen Teil ist diese Frage bereits in dem diesseitigen Bericht vom 4. Juni d. J. erörtert und insbesondere auf folgende hierhergehörige Punkte hingewiesen.

Die Annahme, daß Infektionskeime aus einer in Ruhe befindlichen oder gleichmäßig strömenden Flüssigkeit sich in die Luft erheben könnten, hat sich bei allen darüber angestellten Untersuchungen als irrig erwiesen. Es ist demnach auch nicht zu befürchten, daß Infektionskeime aus der Spüljauche der Schwemmkanäle in die Kanalluft übergehen und mit dieser in die Häuser und Straßen der Stadt, aus der man sie entfernen will, zurückgelangen. In bezug auf die Beseitigung von Infektionsstoffen bietet daher das Liernursystem dadurch, daß es infolge der Konstruktion des Röhrensystems ein Ausströmen von Kanalgasen verhindert, gegenüber dem Schwemmsystem keinen Vorteil.

Ein zweiter Irrtum, welcher früher gewöhnlich bei der Beurteilung aller zur Entfernung von infektionsfähigen Abfallstoffen dienenden Einrichtungen gemacht wurde, besteht darin, daß man die menschlichen Fäkalien als die einzigen Träger von Infektionsstoffen ansah, und daß man infolgedessen fast ausschließlich der Beseitigung der Fäkalien die Aufmerksamkeit schenkte. In Wirklichkeit ist es aber nicht so. Die Wirtschaftswässer und Waschwässer geben nach allen neueren Erfahrungen wahrscheinlich die häufigsten Veranlassungen zur Verbreitung von Infektionsstoffen, und dieselben verdienen deswegen noch mehr Beachtung als selbst die Fäkalien.

In der Eingabe des Herrn S. ist diesem besonders wichtigen Punkte auch genügend Rechnung getragen und darauf hingewiesen, daß das Liernursystem eine vollkommene Sicherheit für die Vernichtung von Infektionsstoffen, welche im Wirtschaftswasser