Die Bedeutung der Lungentuberkulose in der Armenpflege [Fortsetzung und Schluss]

Autor(en): **Birkhäuser, H.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Armenpfleger : Monatsschrift für Armenpflege und Jugendfürsorge enthaltend die Entscheide aus dem Gebiete des Fürsorge- und Sozialversicherungswesens**

Band (Jahr): **45 (1948)**

Heft 10

PDF erstellt am: **05.06.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-837104

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Der Armenpfleger

MONATSSCHRIFT FÜR ARMENPFLEGE UND JUGENDFÜRSORGE
Offizielles Organ der Schweizerischen Armenpfleger-Konferenz
Mit Beilage: Eidgenössische und kantonale Entscheide
Beilage zum „Schweizerischen Zentralblatt für Staats- und Gemeinde-Verwaltung"

Redaktion: Dr. A. ZIHLMANN, Leonhardsgraben 40, BASEL
Verlag und Expedition: ART. INSTITUT ORELL FÜSSLI A.-G., ZÜRICH
„Der Armenpfleger" erscheint monatlich
Jährlicher Abonnementspreis für direkte Abonnenten Fr. 10.80, für Postabonnenten Fr. 11.—
Der Nachdruck unserer Originalartikel ist nur unter Quellenangabe gestattet

45. JAHRGANG NR. 10 1. OKTOBER 1948

Die Bedeutung der Lungentuberkulose in der Armenpflege

Von Dr. *H. Birkhäuser*, Arzt an der Tuberkulose-Fürsorgestelle, Basel

(Fortsetzung und Schluß.)

2. Verbreitung und Bedeutung der Lungen-Tbk für den Einzelnen und für die Allgemeinheit

(Wir stützen uns hier vorwiegend auf die neueste, ausgezeichnete Arbeit von P. Preß, „Die Tuberkulose-Morbidität des Kantons Zürich im Jahre 1945", S. Karger Verlag, Basel, sowie auf die „Untersuchungen über die Lungentuberkulose bei Minderbemittelten und ihre Beziehungen zur wirtschaftlichen Stellung" von J. Bucher, Dissertation Basel 1946.)

Nach Preß fanden sich im Kanton Zürich 1945 3168 bekannte Fälle von Lungen-Tbk auf 696000 Einwohner, d. h. 4,55‰. Schätzen wir roh und zu niedrig, so kommen wir bei diesem Promillesatz auf rund 20000 Lungentuberkulöse in der ganzen Schweiz. Preß macht darauf aufmerksam, daß er bei seinen Erhebungen nur etwa zwei Drittel der Fälle erfaßt hat, so daß wir für die ganze Schweiz mit gegen 30000 rechnen dürfen. Dazu sind die nach den Schirmbilduntersuchungen auf nochmals rund 3‰ zu schätzenden *unbekannten* Lungen-Tbk zu zählen, womit wir zu einer vermutlichen Gesamtzahl von rund 50000 gelangen. In erster Linie aus dem Reservoir der *unbekannten* Kranken werden die Bazillen geliefert, die alljährlich Hunderte von Neuerkrankungen bewirken. Es ist deshalb offensichtlich, daß die Allgemeinheit alles Interesse daran hat, einen möglichst großen Teil dieser Streuer zu entdecken.

Die meisten Tbk-Fälle finden sich in den Alterskategorien *zwischen 20. und 30. Lebensjahr*, beinahe ebensoviele zwischen 30. und 40., d. h. also in jener Zeit, in der die höchsten beruflichen Leistungen zur Gründung der persönlichen und familiären Existenz erforderlich sind. In dieser wichtigen Hinsicht *unterscheidet sich die Tbk von allen übrigen Krankheiten*, die nach Häufigkeit und Schwere ver-

gleichsweise in Frage kommen. (Karzinom, Kreislaufkrankheiten haben ihre maximale Häufigkeit nach dem 50. Jahr, also zu einer Zeit, da durchschnittlich mit einer gesicherten Stellung gerechnet werden kann.)

Jede offene Tbk ist eine *schwere* Erkrankung. Von 100 Kranken mit einseitiger, großkavernöser Tbk sind 5 Jahre nach Abschluß der ordnungsgemäß durchgeführten Kur noch 40 am Leben, nach weiteren 11 Jahren noch 20. Man kann auch sagen, daß von 100 offen Tuberkulösen innerhalb eines Jahres 20- bis 30mal mehr Personen sterben als in einer gleich großen, nicht-tuberkulösen Bevölkerungsgruppe (Burkhart, Düggeli, Good). Das Bild wird weiterhin durch die hohe Zahl der Rückfälle unter den als geheilt Entlassenen verdüstert: Vier Jahre nach der Entlassung aus dem Sanatorium ist ein Drittel der offen Tuberkulösen wieder behandlungsbedürftig (Bachmann). Diese Verhältnisse werden durch die Beobachtungen der Eidg. Militärversicherung und der Schweiz. Bundesbahnen bestätigt:

Eidg. Militärversicherung 1936

Krankheit	Zahl der Fälle	Krankheitstage pro Fall	Reine Pflegekosten in Fr. absolut	Reine Pflegekosten in Fr. pro Fall
Tuberkulose	594	251	700615.—	1229.14
Rheumatismus	1389	36	278392.—	271.54
Herz- und Gefäßkrankheiten	222	72	69148.—	337.30

Schweiz. Bundesbahnen 1928 bis 1937

Krankheit	Anzahl der Fälle im Jahr	Absolute Zahl der Krankheitstage im Jahr	Krankheitstage pro Fall
Lungen- und Kehlkopftbk. . . .	74,2	15877,4	213,9
Neubildungen und Geschwülste . .	57,8	7222,9	124,9
Diabetes	50,2	3432,2	68,3
Ischias	450,5	17645,7	39,1
Magenulkus	144,9	8651,6	59,6
Lumbago und Rheumatismus . .	2662,0	59538,9	22,4

Gehen wir nun zu den *wirtschaftlichen Konsequenzen* über. Bei einer durchschnittlichen Kurdauer von 230 Tagen für den Fall, den Tag für den *Patienten* zu Fr. 8.— tatsächliche Kosten gerechnet, ergibt reine Kurkosten von rund 1800 Fr. Während des Einkommensausfalles des Hauptverdieners muß auch die Familie ihr Auskommen haben, wofür nach den Erfahrungen der EMV mindestens rund 6000 Fr. erforderlich sind. Insgesamt ist also für den Tuberkulosefall, sofern es sich um einen Familienvorstand handelt, mit rund 8000 Fr. Unkosten zu rechnen. Der Ausfall an *Arbeitsleistung* in volkswirtschaftlicher Hinsicht ist dabei nicht eingerechnet!

Nach Preß befinden sich von seinen 3168 Lungen-Tbk-Fällen 423 offen Tuberkulöse zur Kur. Setzen wir die Kur zu durchschnittlich 1800 Fr. ein, so müssen für die reinen Kurkosten allein 750000 Fr. aufgewendet werden. Betrachten wir von den 20000 bekannten Fällen in der Schweiz gleichfalls etwa ein Siebentel als offen-tuberkulös kurbedürftig, so sind das mindestens 3000; für sie allein (alle Kinder-Tbk, geschlossenen und chirurgischen Tbk abgerechnet!) müssen theoretisch etwa 5,5 Millionen Fr. im Jahr aufgebracht werden. — Die Aufwendungen für die *Familien* sind nicht mitgerechnet. Sie werden ein Vielfaches der zuletztgenannten Summe betragen.

Die Lungentuberkulose trifft also den Menschen nicht allein in seinen *besten Jahren* — im Gegensatz zu den am meisten verbreiteten, anderen schweren Krankheiten — ist nicht nur *infektiös* — wiederum im Gegensatz zu Krebs, Rheumatismus, Kreislauf- und Verdauungskrankheiten, die die höheren Altersklassen befallen — sondern sie verursacht *die höchsten Kosten.*

Dieser Tatsache tragen vor allem die *Arbeitgeber* volle Rechnung. Befindet sich der Tuberkulöse nicht schon in gesicherter Stellung (niederes Erkrankungsalter!), so ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, daß er auf der sozialen Leiter tiefer sinkt, da bekanntlich weder die *öffentlichen Betriebe* noch die meisten Privatunternehmen ehemalige Tuberkulöse gern anstellen. Unglücklich wirken sich hier besonders die Pensionskassen aus, die bei ihren Eintrittsuntersuchungen alle „schlechten Risiken" ausschalten. Mancher Genesene gerät damit in einen schlimmen Zirkel: wegen seiner ehemaligen Erkrankung findet er keine gut bezahlte Arbeit, und weil er nur noch Aushilfsarbeiten unter ungünstigen Bedingungen erhält, wird er wieder krank. Es ist erstaunlich, daß sich unter diesen Verhältnissen nicht noch mehr chronisch Tuberkulöse der Kontrolle entziehen, um ihren Zustand zu verbergen, als es tatsächlich der Fall ist.

Besonders gefährdet sind *Schwerarbeiter* (Maurer, Zimmerleute, Schmiede, Metallarbeiter, Fuhrleute, Landwirte usw.), denen zwar im Sanatorium immer wieder zu einer „leichten" Arbeit geraten wird, ohne daß man sich aber ernstlich darum kümmert, ihnen eine solche Arbeit auch zu *verschaffen.* Welche „leichte Arbeit" soll ein Schwerarbeiter leisten? Ein Erdarbeiter, ein Fuhrmann kann sich nicht mit *Schreiben* erhalten, und für ein feines Handwerk ist er nicht vorgebildet. So geschieht denn in der Regel das Unvermeidliche: entgegen dem ärztlichen Rat, unter dem Druck der Verhältnisse und mangels einer wirkungsvollen Nachfürsorge übernimmt der Rekonvaleszent die ungeeignete, gewohnte Arbeit wieder. In einem hohen Prozentsatz wird er dabei erwartungsgemäß rückfällig. Für ihn selbst und seine Familie, aber auch für die Allgemeinheit ist *diese leider weit verbreitete Planlosigkeit* in der Behandlung der Sanatoriumsentlassenen ein schlechtes Geschäft. Wirklich ist es kaum verständlich, daß für die Kuren Millionenbeträge aufgewendet werden, das mühsam erreichte Resultat jedoch leichtfertig verscherzt wird, indem man die vorher klösterlich behüteten Patienten plötzlich allen Härten des Lebens überläßt. — *Ein mäßiger Mehraufwand für ärztlich kontrollierte Arbeitsheilstätten, für Lebensmittelzuschüsse und Wohnungszulagen würde sich durch eine Verminderung der Rückfälle zweifellos reichlich bezahlt machen.* Es steht den Kantonen jederzeit frei, solche Möglichkeiten zu bieten.

3. Die Aussichten auf eine wirksamere Tbk-Bekämpfung

Welche Möglichkeiten zur Bekämpfung der Tbk gibt es? Einerseits *Vorbeugung* (Prophylaxe), andererseits *Heilung.*

Was die *Prophylaxe* anbelangt, so richtet sie sich teils auf die *Vermeidung der Infektion,* teils auf die *Stärkung der Infektionsgefährdeten* gegen eine allfällige Erkrankung.

Infektionen lassen sich weitgehend vermeiden durch *Sauberkeit.* Jedermann glaubt zu wissen, was das ist, was nicht hindert, daß immer wieder — in unseren gut kontrollierten Städten allerdings selten — arme Familien mit Tbk-Angehörigen in zu kleinen Wohnungen in ökonomischen Verhältnissen angetroffen werden, die Sauberkeit in unserem Sinne nicht gestatten. Chronisch offen Tuberkulose gehören nicht in Familien mit Kleinkindern, es sei denn, sie hätten ihr eigenes Zimmer, seien sich ihrer Infektiosität bewußt, und es bestehe keine der

Küchenwohngemeinschaften, wie das bei Minderbemittelten die Regel ist. Schwieriger ist die Entscheidung bei Personen, die nur gelegentlich Bazillen ausscheiden. Hieher gehört jedermann, der nicht in absolut eindeutiger Weise als dauerhaft geheilt bezeichnet werden kann, also die meisten Sanatoriumsentlassenen mit ausgedehnten, vorwiegend narbigen Verdichtungen in den Lungen. Auch sie sollen ihr eigenes Zimmer haben, und auch bei ihnen soll die Hausfrau nicht derart überlastet sein, daß sie nur eben mit dem Allernotwendigsten nachkommt. In solchen Fällen ist Entlastung auch der Angehörigen, die neben den Gesunden auch den Rekonvaleszenten zu versorgen haben, durchaus kein Luxus, sondern sachliche Notwendigkeit. Es ist namentlich auf dem Lande schwierig, einem Schonungsbedürftigen die notwendige Ruhe angedeihen zu lassen; nur zu oft gilt dort jeder, dessen Leiden nicht in die Augen springt, als Faulenzer, wenn er nicht wie die anderen zugreift. — Allgemeine Regeln lassen sich nicht geben. Der Fürsorger muß von Fall zu Fall entscheiden. Immer läßt sich jedoch feststellen, ob ein Bazillenausscheider oder Gefährdeter sein eigenes Zimmer hat und ob die Hausfrau ihm die nötige Aufmerksamkeit widmen kann. Sollte dies nicht der Fall sein, so müssen der Fürsorge die Mittel gegeben werden, damit sie helfend eingreifen kann.

Am sichersten läßt sich Prophylaxe treiben durch Isolierung der Infektionsquellen. Ist eine solche einmal *bekannt*, so ist (Fälle von Verwahrlosung und Leichtsinn ausgenommen) die größte Gefahr in der Regel behoben. Wer von seinen Bazillen weiß, übt gewöhnlich Vorsicht. Sehr gefährlich sind jedoch die *unbekannten Tuberkulosen*. Nichtsahnend husten sie in unmittelbarer Nähe der Gesunden und hinterlassen oft ganze Reihen Schwerkranker. Ihre Zahl darf auf etwa 3‰ der Bevölkerung geschätzt werden, was auf die ganze Schweiz rund 10000 Fälle ausmacht.

Reihenuntersuchungen, wie sie vor einigen Jahren von Dr. Bircher im Nationalrat vorgeschlagen worden sind, lohnen sich also reichlich. Nur durch eine solche allgemeine Durchsiebung — wofür sich das *Schirmbildverfahren* besonders eignet — lassen sich diese Streuer ermitteln. (Mit der Ermittlung ist es natürlich nicht getan! Für die Kranken und ihre Familien muß gesorgt sein. Dies ist der Grund, weshalb man nicht sogleich mit den technisch einfachen Untersuchungen beginnen kann.) Sollte das *Schirmbildverfahren* in nächster Zeit im Zusammenhang mit der revidierten Tbk-Gesetzgebung auf breiterer Basis eingeführt werden, so wäre es gut, wenn die damit beauftragten Behörden jetzt schon folgendes beachten wollten:

1. Es ist ein ausgesprochenes *Massenverfahren*. Der Untersuchte kann nicht individuell behandelt werden. Er muß einfach abwarten, was mit ihm geschieht. Es liegt nun *im größten Interesse* von uns allen, *daß das Massenmäßige auf das Unerläßliche beschränkt bleibe*. Das heißt praktisch so viel, daß die *Nachuntersuchungen*, die bei *allen* verdächtigen Befunden notwendig sind, nicht gleichfalls durch eine zentrale Stelle besorgt werden, sondern *durch den vom Untersuchten gewählten, frei praktizierenden Arzt*. Im Falle der gleichfalls zentralisierten Nachuntersuchungen (die aus organisatorischen Gründen anfänglich einfacher erscheinen) wird dem einen Massen-Medizinalbetrieb gleich ein zweiter angeschlossen, unter dem die Patienten viel empfindlicher zu leiden hätten als von der bloßen Aufnahme. Die Nachuntersuchungen gehen bei großen Aufnahmeserien in die Hunderte, so daß sich also auch hier bei Zentralisation der Massenbetrieb nicht vermeiden läßt. Was das aber für den Einzelnen bedeutet und wie wenig dabei auf die individuellen Verhältnisse Rücksicht genommen werden kann, weiß

jeder, der einmal in eine solche Maschinerie geraten ist! — Es ist hier nicht der Ort zur Darlegung der Organisation eines dezentralisierten Nachuntersuchungsverfahrens. Es genüge die Feststellung, daß es möglich ist und sich beispielsweise in Basel bewährt hat. In ländlichen Verhältnissen drängen sich allerdings bisweilen andere Lösungen auf.

2. *Die Schirmbildzentrale gehört in die Tbk-Fürsorgestelle.* Als unabhängige Organisation hängt sie entweder in der Luft, oder sie muß dieselben Hilfskräfte ein zweites Mal anstellen, die der Fürsorgestelle schon zu Verfügung stehen. Es genügt nämlich nicht, Schirmbilder zu machen und die Befunde den Untersuchten mitzuteilen, sondern in zahlreichen Fällen sind Mahnungen oder gar Hausbesuche bei Säumigen nötig. Neu entdeckte Tuberkulöse müssen in Kontrolle gehalten werden. Besonders wertvoll sind die Fürsorgeakten, in denen sich oft wertvolle Notizen über die Personen schon finden, auf die man durch das Schirmbild neuerdings aufmerksam wird. Die Einheit von Schirmbildzentrale und Fürsorgestelle erspart derart eine Menge kostspieliger Zweispurigkeiten.

Außer der Vermeidung der Infektion, die praktisch wohl niemals vollständig sein kann, kommt theoretisch als weitere Schutzmaßnahme die *Impfung* in Frage. Leider liegen aber bei der Tbk die Verhältnisse nicht so klar wie bei anderen Infektionskrankheiten. Während z. B. nach der Pockenimpfung ein weitgehender Schutz gegen Erkrankung an Pocken besteht, so ist noch nie nachgewiesen worden, daß ähnliche Verfahren *die durchschnittliche Bevölkerung* gegen die Tbk zu schützen vermögen. Vor allem kann dieser Schutz dem Einzelnen nicht versprochen werden. (Hieher gehört in erster Linie das neuerdings wieder in Mode kommende BCG-Verfahren. In geschlossenen Beobachtungsgruppen hat es gewiß beachtliche Ergebnisse gebracht. Da sie aber ausschließlich statistisch ausgewertet werden können, so ist auch heute noch Vorsicht im Urteil angebracht.)

Über die *Heilverfahren* ist oben kurz berichtet worden. Hier ist beizufügen, daß *Sanatoriumskuren nur zu kurz, aber nie zu lang sein können.* Es ist leichtfertig, einem offen Tuberkulösen eine halbjährige Kur in Aussicht zu stellen. Vor einem ganzen Jahr wird er selten nach Hause kommen. (Unter besonderen Umständen sind Ausnahmen möglich, wenn z. B. rasch ein wirksamer Pneumothorax angelegt werden kann.) Es genügt nun nicht, den Kranken einfach in sein Bett zu legen und die Türe zu schließen. Gerade einfache Menschen, die Lesen und Studium nicht gewöhnt sind, bedürfen *dringend der Führung.* Für die Majorität ist die erzwungene Ruhe eine kaum zu bewältigende moralische Belastung, und es ist nicht erstaunlich, wenn in manchen Sanatorien das Personal zugleich Polizeifunktionen ausüben muß. Trotzdem verderben die Patienten in nächtlichen Gelagen und Ausflügen leider immer noch ebensoviel als sie in wochenlangen Kuren gewinnen. Die berüchtigte gesteigerte Sexualität der Tuberkulösen ist keine unmittelbare Folge der Krankheit, sondern des Faulenzens. — In ein gut geleitetes Sanatorium gehört deshalb eine besondere, menschlich reife Persönlichkeit, die sich ausschließlich mit der Bildung und Unterhaltung der Patienten befaßt. Da nur bei ausgeglichener Stimmung und verständiger Einstellung eine wirksame Kur möglich ist, so wird sich die Anstellung einer solchen Fürsorgerin bezahlt machen. Es muß jedoch betont werden, daß sie über hervorragende Charaktereigenschaften verfügen muß; stehen nur Mittelmäßige zur Verfügung, so bringen sie mehr Schaden als Nutzen. — Für eine unaufdringliche Seelsorge, die sich den gleichen Problemen widmen könnte, steht dieses, von den Kirchen merkwürdig wenig beachtete Arbeitsfeld gleichfalls offen.

Von ausgeglichener Stimmung kann natürlich dann nicht die Rede sein,

wenn der Patient *Existenzsorgen* hat. Oberster Grundsatz muß deshalb sein, *ihn und seine Familie* in dieser Hinsicht zu entlasten. Namentlich dürfen Armenbehörden nicht knauserig in Fragen der Garantiedauer sein. Was sie einzusparen glauben, müssen sie bald an Rückfällige und von diesen Angesteckte mehrfach bezahlen! Es sollte aus dieser Darstellung hervorgegangen sein, wie außerordentlich stark der Tuberkulöse gefährdet ist. Wenn also ein Mitbürger das Unglück hat, dieser Krankheit zu verfallen, so sollte in einem Staatswesen, das sich seiner christlichen Grundlagen rühmt, überhaupt nicht darüber diskutiert werden, ob geholfen werden soll oder nicht — namentlich so lange nicht, als die Bürger dieses selben Staates über 800 Millionen Franken im Jahr leichthin vertrinken. Man braucht nicht Abstinent zu sein, um den Übelstand wahrzunehmen!

Auf die ungemein hohe *Rückfallgefahr des Sanatoriumsentlassenen* ist oben gleichfalls hingewiesen worden, wie auch auf die Tatsache, daß namentlich *körperlich Arbeitende* hieher zu rechnen sind. Finden sie sich in bescheidenen oder gar ärmlichen Verhältnissen, *so ist es vollkommen widersinnig*, in der Zeit der Rekonvaleszenz — die Jahre dauern kann! — diese Ärmlichkeit durch Rückzahlung von Unterstützungsgeldern und Ablieferung kleiner Einkommen bei teilweiser Arbeitsfähigkeit zu verschärfen — deshalb nämlich, weil es zu den feststehenden Kenntnissen gehört, daß Hunger, Übermüdung und Schmutz die besten Förderer der Tbk sind.

Es ist von behördlicher Seite behauptet worden, die Tbk sei eine „Krankheit wie eine andere", und man könne deshalb unterstützungsbedürftige Tuberkulöse nicht anders behandeln als andere Kranke. Durch die hier erwähnten Tatsachen und namentlich die Arbeit Bucher sollte endgültig klargelegt sein, daß diese Behauptung *falsch* ist; der Tuberkulöse *hat* eine Ausnahmestellung. Es läßt sich deshalb sowohl wissenschaftlich als rechtlich-fürsorgerisch überall verantworten, wenn die erforderlichen Mittel zu *reichlicher, vielseitiger Ernährung*, sauberer *Wohnung* (Mietzulagen) und zur Ermöglichung einer oft während langer Zeit *reduzierten Arbeitszeit* zur Verfügung gestellt werden.

Aus betriebstechnischen Gründen ist teilweise Arbeitsleistung häufig unmöglich. Es sollten deshalb kleine, ärztlich kontrollierte *Tagesheime* geschaffen werden, in denen die Sanatoriumsentlassenen bei vorbildlicher Ernährung, ausreichenden Erholungspausen (Liegegelegenheit!) leichte Arbeiten ausführen können. Sie müssen an der Arbeitsleistung materiell interessiert sein, ohne aber auf dieses Einkommen allein angewiesen zu sein. Das Fehlen solcher Zwischenstationen [1]), in denen auch chronisch Kranke beschäftigt werden können, ist die *empfindlichste Lücke* in unserem Tuberkulose-Bekämpfungssystem.

Die Unterstützungen (Nahrungs-, Wohnungszulagen) sind in Naturalien zu geben. Da in den hier in Frage kommenden Kreisen mit unzweckmäßiger Verwendung der auszuliefernden, wertvollen Nahrungsmittel zu rechnen ist, so würde sich auch aus diesem Grund die Schaffung von Tagesheimen, wo die Nahrung eingenommen werden kann, empfehlen. Von vornherein ist aber zu betonen, daß solche Heime mit der leider weit verbreiteten Tradition brechen müssen, es sei dafür nur das Billigste gut genug. Wir können und *wollen* vor allem die Patienten nicht zu ihrer Benützung zwingen; es muß ihnen vielmehr etwas *geboten* werden, was sie anderswo nicht finden: freundliche Räume, zuvorkommende Behandlung und vor allem ein ausgezeichnetes Essen. Das letztere *muß* schon aus rein sachlichen Gründen wesentlich besser als das durchschnittliche Anstaltsessen sein.

---

[1]) Eine solche ist kürzlich in Basel versuchsweise eingerichtet w orden.

Der eine oder der andere ist vielleicht erschreckt über die scheinbar luxuriösen Vorschläge und sieht in erster Linie die Ausgaben voraus, die derartige Aufwendungen bringen. Zweifler seien deshalb eingeladen, hier nicht stehen zu bleiben und noch etwas weiter zu denken: an die *Einsparungen* nämlich, die an Unterstützungsgeldern für neu Infizierte und Rückfällige gemacht werden können.

Daß wir auf *diesem* Weg der direkten Hilfe von Mensch zu Mensch einer lebendigen Verbundenheit zwischen den einzelnen Gliedern des Volkes näherkommen als durch das leider am weitesten verbreitete System der teilnahmslosen Auslieferung von Geld durch den Amtsschalter, sollte nachgerade offenbar geworden sein.

Bern. *Die Verbindung von Etat- mit Wohnsitzstreitigkeiten.* In Heft 5/6 (Mai/Juni) 1947 der „Monatsschrift für bernisches Verwaltungsrecht und Notariatswesen" untersucht Fürsprecher und Notar Werner *Thomet*, Vorsteher der Rechtsabteilung der kantonalen Armendirektion diese Frage im Zusammenhang.

Wenn eine Person oder wenn Angehörige ihrer Familie innerhalb zweier Jahre seit dem Erwerb des polizeilichen (gleich Unterstützungs-)Wohnsitzes in einer Gemeinde dauernd unterstützungsbedürftig werden, tritt gemäß Art. 104 A. u. NG. wieder die Unterstützungspflicht der frühern Wohnsitzgemeinde ein. Man nennt die Anwendung dieser Bestimmungen den Rückgriff auf die vorhergehende Wohnsitzgemeinde. Die Voraussetzungen des Rückgriffs sind nach Art. 104 und 105 A. u. NG. einmal der Eintritt der dauernden Unterstützungsbedürftigkeit, sodann der noch nicht erfolgte Ablauf der zwei Jahre. Endlich muß die Gemeinde, auf welche Rückgriff genommen wird, unmittelbar vor der rückgriffnehmenden die polizeiliche Wohnsitzgemeinde der auf den Notarmen-Etat aufgenommenen Person oder ihres Familienhauptes sein. Der Gemeinde, gegen die der Rückgriff geltend gemacht wird, stehen zu dessen Abwehr grundsätzlich zwei Wege offen. Die Gemeinde kann mit der Etatbeschwerde gemäß Art. 105, Abs. 3 und 4 A. u. NG. die formelle Gültigkeit oder die materielle Begründetheit der Etataufnahme bestreiten. Sie kann aber auch ihre Rückschreibepflicht z. B. mit der Behauptung verneinen, sie sei nicht die vorhergehende Wohnsitzgemeinde, oder die zweijährige Rückgriffspflicht sei abgelaufen. Solche Fragen sind in einem Wohnsitzstreit gemäß Art. 116 A. u. NG. zu beurteilen. In der Praxis werden die beiden Abwehrmittel oft verwechselt oder in unzulässiger Weise miteinander verbunden. Die *Etatbeschwerde:* Damit wird die Verfügung des Kreisarmeninspektors betr. Aufnahme oder Nichtaufnahme einer Person auf den Etat der dauernd Unterstützten angefochten, ist somit eine Gemeindebeschwerde im Sinne von Art. 63 ff. Gemeindegesetz. Zur erstinstanzlichen Beurteilung ist der dem Kreisarmeninspektor vorgesetzte Regierungsstatthalter zuständig. Gegenstand ist die formelle Gültigkeit der Verfügung, ferner ihre materielle Begründetheit und eventuell die Frage, ob eine Person richtigerweise schon früher hätte auf den Etat aufgenommen werden sollen. Andere Fragen gehören nicht in das Etatstreitverfahren, besonders nicht die Frage, ob infolge der Etataufnahme oder ihrer Rückdatierung eine andere Gemeinde gemäß Art. 104 unterstützungs- und rückschreibepflichtig werde. Der Etatstreit ist daher ein Vorverfahren für den Rückgriffstreit. Als *Wohnsitzbeschwerde* bezeichnet man die in Art. 116 A. u. NG. vorgesehene Beschwerde gegen Verfügungen der Ortspolizeibehörden in Angelegenheiten des polizeilichen Wohnsitzes. Sie kann von jedermann erhoben werden, insbesondere auch von der bisherigen Wohnsitzgemeinde und ist eine typische Gemeindebeschwerde. Als Wohnsitzstreitigkeiten im engern Sinne bezeichnen wir Streitigkeiten zwischen zwei Gemeinden, oder mehreren, über den Unterstützungswohnsitz einer Person oder Familie. Die Wohnsitzbeschwerde im engern Sinne gilt als Rechtsverweigerungsbeschwerde und ist deshalb unbefristet. Kann oder will eine vom Rückgriff bedrohte Gemeinde nicht die Etataufnahme anfechten, so muß sie, um den Rückgriff von sich abzuwehren, danach trachten, aus der Rolle der „vorhergehenden Wohnsitzgemeinde" herauszukommen. Der Wohnsitzrichter kann und muß daher auch Etatfragen beurteilen, soweit sie sich als Vorfragen