

Zeitschrift: Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

Herausgeber: Schweizerischer Verein für Heimerziehung und Anstaltsleitung; Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare; Verein für Schweizerisches Anstaltswesen

Band: 13 (1942)

Heft: 5

Artikel: Arbeitstherapie und Nachfürsorge im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung

Autor: Marti, E.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-806129>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

FACHBLATT FÜR SCHWEIZER. ANSTALTSWESEN

REVUE SUISSE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Offizielles Fach-Organ folgender Verbände: - Publication officielle des Associations suivantes:

VSA, **Verein für Schweizer. Anstaltswesen** - Association Suisse des Etabliss. hospitaliers - (Gegr. 1844)
SHVS, **Schweizerischer Hilfsverband für Schwererziehbare**
SZB, **Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen**
VAZ, **Vereinigung der Anstaltsvorsteher des Kts. Zürich**

Redaktion: **Emil Gossauer**, Regensdorfstr. 115, Zürich 10 - Höngg, Tel. 67584
Mitarbeiter: SHVS: Dr. P. Moor, Graserweg 713, Meilen; SZB: H. Bannwart, Sekretär der Zentralstelle des SZB, St. Leonhardstr. 32, St. Gallen; VAZ: G. Fausch, Vorsteher, Pestalozzistiftung Schlieren
Techn. Teil: Franz F. Othh, Zürich 8, Enzenbühlstr. 66, Tel. 43442

Verlag: **Franz F. Othh**, Zürich 8, Enzenbühlstrasse 66, Telefon 43442, Postcheckkonto VIII 19593;
Mitteilungen betr. Inserate, Abonnements, Anstaltsnachrichten, Neue Projekte, Adressänderungen,
sowie alle Zahlungen an den Verlag. Abonnement pro Jahr/par an: Fr. 7.—, Ausland Fr. 10.—

Zürich, Mai 1942 - No. 5 - Laufende No. 123 - 13. Jahrgang - Erscheint monatlich - Revue mensuelle

Arbeitstherapie und Nachfürsorge im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung von Dr. E. Marti, Chefarzt der Arbeitsheilstätte Appisberg *)

Mehr als 50 Jahre sind verflossen seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch. Was waren damals für Hoffnungen erweckt worden auf rasche Ausrottung der Krankheit durch direkte Beeinflussung des Erregers und durch Verhütung der Infektion! Wohl ist die Sterblichkeit an Tuberkulose seither von 26,3 (1881—1885) pro 10 000 Einwohner in der Schweiz auf 5,8 (1940) zurückgegangen und die Aussichten für den Erkrankten, nicht nur am Leben zu bleiben, sondern auch wieder arbeitsfähig zu werden, sind durch die moderne Behandlung um ein Vielfaches gestiegen. Von der Ausrottung der Tuberkulose sind wir jedoch noch weit entfernt.

Dem letztern Ziel, die Patienten nicht nur gesund, sondern auch arbeitsfähig zu machen, ihn für den bevorstehenden Konkurrenzkampf zu trainieren und womöglich vor dem gefürchteten Rückfall zu schützen, dient die Arbeitsheilstätte Appisberg-Männedorf. Sie besitzt zur Zeit 70 Betten für Männer und 24 Betten für Frauen mit den dazugehörigen Arbeitsplätzen in den Werkstätten (Schreinerei, Schlosserei, Malerei, Nähstube, Glättere usw.). Sie wurde auf Initiative von Dr. med. E. Bachmann als Präsident der Zürcher kantonalen Liga, von dieser erbaut und im Jahr 1932 mit 50 Betten eröffnet.

Bis zum Neujahr 1942 wurden 1767 Patienten aufgenommen, wovon 199 im Jahr 1941; im letzten Jahr wurden von Clavadel zugewiesen 20, von der Zürcher Heilstätte Wald 28, von andern Sanatorien 4, von Spitälern 37 und von praktischen Aerzten und Fürsorgestellen 110.

Noch während des Baues der Anstalt wurde Kontakt gesucht mit einer geeigneten Industrie; er fand sich zuerst im Zusammenarbeiten mit einer großen Fabrik, die bereitwillig Aufträge unsern Werkstätten zur Verfügung stellte und auch Wegleitung für die Ausgestaltung des Betriebes (Ma-

terialeinkauf, Vor- und Nachkalkulation der Erzeugnisse usw.) gab. Kleinere Holzmöbel, Kinderbettstellen, Tabourets und Schuhschränke wurden in der Schreinerei, Krankentische in der Schlosserei verfertigt. Daneben fanden eine Anzahl Patienten im Garten und Patientinnen in der Glättere und Nähstube Beschäftigung. Ueber den Zweck der Arbeitstherapie wurden sie einzeln und in Gruppen instruiert und oft mit der ganzen versammelten Patientenschaft diskutiert und die auftauchenden Einwände entkräftet. Zur Zeit wird jedem Patienten vor Aufnahme der Arbeitstherapie eine schriftliche Einführung gegeben und dabei auch alles mündlich besprochen. Auch die andern Zürcher Heilstätten Wald und Clavadel verteilen die schriftliche Einführung an Patienten, die für Appisberg in Frage kommen. Es überrascht immer wieder, wie schnell dem Laien der Nutzen der Arbeitstherapie einleuchtet und wie gerne die Patienten arbeiten.

Der Patient muß selbst die Einsicht bekommen, daß die Arbeitstherapie nötig ist; die Freude an schöpferischer Betätigung muß während der Arbeitstherapie den Gedanken an den Erwerb an die zweite Stelle setzen; deshalb herrscht in unsern Werkstätten die gute Stimmung und weht die gute Luft, welche dafür sorgt, daß so wenig kleinere und bis jetzt auch keine größeren Unfälle vorgekommen sind.

Aus einer kleinen Werkstatt ist in den zehn Jahren ein ansehnlicher Betrieb mit 74 000 Patienten-Arbeitsstunden im Jahre 1941 geworden. Dabei haben wir je Fr. 75 000.— eingenommen und ausgegeben. Wir benötigen also zirka Fr. 1.— pro Patientenstunde als Betriebskapital. Da im Winter nur wenige im Garten arbeiten können, müssen diese während der kalten Jahreszeit in den Werkstätten untergebracht werden. Wir haben dort jedoch nur knapp 50 Arbeitsplätze, während wir auf 90 Betten im Idealzustand 75 Patienten

*) Gegen die Tuberkulose 3/42.

sollten arbeiten lassen können (da 15 in Glätterei, Nähstube und Hausdienst arbeiten, fehlen in den Werkstätten noch mindestens 10 Plätze).

Im Jahr 1941 wurden in den Werkstätten angefertigt: 2544 Tabourets, 577 Putztabourets, 23 Küchenstühle, 64 Küchenbüfets, 43 Schuhgestelle, 366 Schuhschränke, 9 Kleiderschränke, 12 fahrbare Tische, 202 Aermelböckli, 197 Bügelbretter, 230 Leitern und zirka 800 kleinere und größere hölzerne Haushaltsgegenstände aller Art; ferner wurden diverse Reparaturen und Umbauten an den eigenen Gebäuden der Anstalt ausgeführt.

Die Werkstätten werden technisch von einem Werkmeister geleitet, der selbst von Beruf Schreiner ist und von den verwandten Arbeiten der Malerei und Schlosserei genügend Kenntnisse hat. Er besorgt den Einkauf der Materialien und macht im wesentlichen die Vor- und Nachkalkulationen. Er instruiert die Patienten über die zu verrichtende Arbeit und beaufsichtigt sie. Ihm stehen dazu 2—3 Schreiner-Expatienten zur Seite, die auch in Zeiten erhöhten Bedarfes mehr beansprucht werden können als die Patienten. Die Konstanz des Betriebes wird ferner gewahrt durch eine Sondergruppe von Patienten, die längere Zeit hier bleiben, da die eigentliche Arbeitstherapie und die nötige Adaption nur 2, höchstens 3 Monate in Anspruch nimmt. Diese Sondergruppe enthält:

- a) Die sogenannten fakultativ geschlossenen Patienten (die sogenannten \pm -Fälle), die als arbeitsfähig zu taxieren wären (Gruppe c und d) der Einteilung Lindig. (Ich werde später näher darauf eingehen.)
- b) Die geschlossenen, aber nur Teilarbeitsfähigen, die Berufsuntüchtigen. Die Verlängerung ihres Aufenthaltes hat nicht nur medizinische, sondern auch soziale Gründe. Diese Leute befinden sich, wie sich Bronkhorst ausdrückt, nicht in der Arbeits-, sondern in der Arbeitsnachkur. Diese Gruppe leitet über zu denjenigen, die wir als Expatienten als vollbezahlte Arbeiter anstellen können, was aber nur in geringer Zahl möglich ist (sogenanntes sheltered employment der englischen Siedelungen).

Der Garten wird durch einen Obergärtner und einen Gärtnerburschen (Expatient) geführt. 12 bis 15 Patienten arbeiten im Sommer im 100 Aren haltenden Pflanzland, das genügend Gemüse und fast genügend Kartoffeln für 120 Personen liefert. Nähstube und Glätterei dienen ebenfalls hauptsächlich dem eigenen Betriebe und beschäftigen neben 2 Angestellten 10—12 Patientinnen. Im Zimmerdienst arbeiten meist 2 bis 3 Patientinnen.

Die ärztliche Kontrolle wird täglich ausgeführt, die Art und Dauer der Arbeit am Schluß der Woche mit dem Werkmeister besprochen und für die nächsten 8 Tage bestimmt. Vor Aufnahme der Arbeitstherapie kann der Patient beim Arzt seine Wünsche betreffend Arbeitsplatz anbringen. Die Art (Schwere) der Arbeit und die Dauer wird vom Arzt bestimmt, das Tempo darf der Patient selber wählen. Es ist sehr selten, daß der Werkmeister eine Aufmunterung auf Beschleunigung

geben muß; er muß aber mit dem Arzt hie und da den Uebereifer des Patienten etwas bremsen.

Die Zeiten sind längst vorbei, wo in den Sanatorien die Patienten mit guter Prognose für 3 Monate aufgenommen und nachher wieder an den alten Arbeitsplatz zurückgeschickt wurden. Schwere und Schwerstkranke liegen heute dort. Viele bekommen eingreifende Operationen, alle machen nach Bronkhorst die sogenannte Intensivkur. Er versteht darunter, daß dem kranken Körper zur Ueberwindung des Leidens alle Kräfte durch maximale Schonung (neben der eigentlichen medikamentösen und operativen Behandlung) sehr lange Zeit zur Verfügung stehen. Das ist jedoch im diametralen Gegensatz zu dem, was vom Patienten am spätern Arbeitsplatz wieder verlangt wird. Es ist kein Zufall, wenn gerade von einem so erfolgreichen Therapeuten wie Bronkhorst die Arbeitstherapie aufs sorgfältigste ausgebaut wurde. Seine Endresultate sind heute wohl von niemandem erreicht.

Zwei Dinge gilt es bei der Arbeitstherapie in eine möglichst günstige Beziehung zueinander zu bringen: Die nach der Krankheit übrig gebliebene Leistungsfähigkeit und die Anforderung an den Patienten durch die Arbeit zur Bestreitung seines Lebensunterhaltes.

Das Optimum der Adaption an die Arbeit ist erreicht, wenn der Patient längere Zeit bei gutem Allgemeinbefinden ohne Wiederauftreten von Aktivitätszeichen seiner Krankheit gearbeitet hat und die dabei erzielte Leistung an seinem spätern Arbeitsplatz (zu Hause) erwartungsgemäß so entlohnt wird, daß er sich und seine Familie durchbringen kann.

Dabei können wir die Leistungsfähigkeit vieler Patienten nur auf ein ganz bestimmtes Maß bringen, das häufig nicht einer Normalleistung entspricht. Viele Patienten sind leider, um uns nur nach Hebel auszudrücken, leistungsgebunden. Ueberschreiten sie diese Gebundenheit, dann geht der Kräfteverbrauch zu weit und ein Rückfall wird früher oder später eintreten.

Die Sorge dafür, daß der Leistung zu Hause ein anständiges Entgelt entspricht, käme der Nachfürsorge, eventuell der Fürsorgestelle zu. Leider fehlen ihr aber die nötigen Kompetenzen zum Einschreiten; es blieb ihr zum Beispiel im Fall K. nichts anderes übrig, als diesen ehemaligen Patienten bei seiner Rückkehr von der Arbeitshilfsstätte andere Arbeit suchen zu lassen. Als Laborant und Hilfsverkäufer einer Apotheke hätte er genau die gleiche Arbeit tun sollen wie vor der Kur; die Bedingung der Arbeitsaufnahme war jedoch eine 30-prozentige Lohnverkürzung. — Während der Arbeitstherapie vollzieht sich die Adaption an die Arbeit und an die später verlangte Leistung. Die beiden Begriffe dürfen also nicht miteinander vertauscht werden, da die Adaption erst aus der Arbeitstherapie hervorgeht, gleich wie „Erblühen und Blühen“ auch zwei Begriffe sind; die romanische Schweiz ersetzt deshalb zu Unrecht die Arbeitstherapie mit Adaption. — Wenn wir bei einem geheilten Tuberkulösen den Mangel an Training beheben und ihn arbeitsfähig machen, dürfen wir den Anspruch darauf

erheben, Therapie zu treiben. — Die Arbeitstherapie setzt ein nach Ueberwindung des tuberkulösen Schubes. Sie ersetzt langsam die Schonung der Kräfte durch Uebung derselben in nützlicher Arbeit, bis diejenige Arbeitsfähigkeit erreicht ist, welche dem Zustand des geheilten Patienten entspricht. Bei Defektheilung ist die Grenze festzustellen, welche später nicht überschritten werden soll.

Bei Aufnahme der Arbeitstherapie sollten keine oder möglichst wenig Aktivitätszeichen mehr vorhanden sein; wird dennoch damit angefangen, so geschehe es vorsichtig, nach den Regeln der unspezifischen Reiztherapie, wobei entsprechend der Reaktion des Krankheitsherd oder des Allgemeinbefindens die weitere Belastung durch Arbeit vermehrt oder vermindert wird.

In bezug auf Arbeitsfähigkeit und sozialen Anforderungen teilen wir die Patienten, wie sie die Sanatorien verlassen, für die Arbeitstherapie und die Nachfürsorge nach Lindig ein wie folgt:

- a) Arbeitsfähig und geschlossen — berufstüchtig.
- b) Beschränkt arbeitsfähig und geschlossen — berufsuntüchtig.
- c) Arbeitsfähig und offen — berufstüchtig, die Umwelt gefährdend.
- d) Beschränkt arbeitsfähig und offen — berufsuntüchtig und die Umwelt gefährdend.
- e) Arbeitsunfähig und offen — die Umwelt gefährdend, meist pflegebedürftig.

a) Arbeitsfähig und geschlossen — berufstüchtig: Während Lindig selbst die Arbeitstherapie für Gruppe a) nicht für nötig erachtet, halte ich sie gerade für diese in vielen Fällen als wertvoll. Der Heilstättenarzt hat die Neigung, auch Leute mit ausgedehnten Erkrankungen für voll arbeitsfähig zu erklären, sobald sie geschlossen sind. Viele unter diesen muß der Fürsorgearzt, vor allem aber auch der Arbeitgeber, und zwar nicht nur in seinem Interesse, sondern auch im Interesse des Patienten, als beschränkt arbeitsfähig taxieren. Es ist deshalb wichtig, bei diesen die Grenze der Leistungsfähigkeit festzustellen, die nicht überschritten werden darf. Bei diesen Patienten ist das subjektive Befinden und die objektive Leistungsfähigkeit oft stark divergent. Die Patienten neigen zu bewußter und unbewußter Dissimulation; besonders solche mit großknotigen, haematogenen Formen, mit leichter Cyanose und Bewegungsdyspnoe pflegen zu betonen, wie gut sie sich fühlen und daß sie keine Klagen hätten. Bei Patienten, deren Heilung wegen einer noch nicht befriedigenden Senkung nicht sicher erscheint (z. B. über 20 mm nach der 1. Stunde Methode Westergreen), aber weder Cavernen noch Sputum mit Tuberkelbazillen aufweisen, ist die Arbeitstherapie unter ärztlicher die einzig richtige Art, einen Versuch zu machen, ob die Heilung genügend ist.

b) Beschränkt Arbeitsfähige und geschlossen — Berufsuntüchtige sind von den vorgenannten in der Praxis meist schwer abzugrenzen. Diejenigen, welche mit Erfolg collapstherapeutisch behandelt wurden und immer noch schonungs-

bedürftig sind (Pneumothorax, der noch lange nachgefüllt werden muß, Status nach ausgedehnten operativen Eingriffen: Plastik, Plombe, extrapleuraler Pneumothorax, Phrenicus-exairese), dürfen eine gewisse Grenze der körperlichen Beanspruchung nie mehr überschreiten (maximaler Sauerstoffverbrauch bei Arbeit an der Peripherie des Körpers ohne die Möglichkeit, das Defizit sofort zu decken). Es gilt, durch Arbeitstherapie während längerer Zeit die Größe der Leistungsfähigkeit zu bestimmen. Sie ist, wenn die Arbeitstherapie gut durchgeführt wurde, größer, als wenn der Patient vom Liegestuhl direkt an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehrt und dann nicht weiß, wie weit er gehen darf. Dort mutet er sich gewöhnlich zuviel zu, um am Schluß bei einer Durchschnittsleistung zu bleiben, die unter derjenigen steht, welche er in der langsam gesteigerten Arbeit erreicht hätte. Hie und da ist es möglich, vom ursprünglich schweren Beruf sich auf einen verwandten leichtern umzustellen (Schlosser-Dreher, Mechaniker-Feinmechaniker, Maurer-Magaziner in Baugeschäft, oder Maurerpolier u. a. m.).

Bei Gruppe c) und d): Arbeitsfähig und offen — berufstüchtig, die Umwelt gefährdend, und beschränkt arbeitsfähig und offen — berufsuntüchtig, die Umwelt gefährdend, ist während der eigentlichen Arbeitstherapie (natürlich abgesehen von der Weiterführung eines Pneumothoraxes) noch eine weitere Behandlung notwendig. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Arbeitstherapie für diese Fälle eine exquisite Reiztherapie ist. Wo nach einer längern Kur, während welcher alle zu Gebote stehenden Kurmittel einschließlich der Collapstherapie dennoch Tuberkelbazillen im Auswurf vorhanden sind, beweist uns die Tatsache, daß es dem Körper nicht gelungen ist, die zur Verfügung gestandene Energie zur Vernichtung der Bazillen zu verwenden. Die Gründe dafür sind verschiedener Natur, einerseits somatisch: Die Patienten haben die Energie in einem großen Körpergewicht angesetzt, lokal wenig Fortschritte gemacht oder die begonnene Collapstherapie hat sich aus irgendeinem Grunde noch nicht voll ausgewirkt. Andererseits psychisch: Unlustgefühl durch zu lange und schließlich aussichtslos erscheinende Kuren, körperliche und geistige Schläppheit, Schlendrian, Wurstigkeit. Da ist für die letztern die Arbeitstherapie ein Memento für die soziale Arbeitspflicht, für die andern die freudige Erfüllung eines lang ersehnten Wunsches. Die allgemeine Körperkraft hebt sich und mit ihrer Steigerung tritt auch lokal eine Besserung ein, die sogar zum Verlust der Bazillen führen kann. Wir verfügen über eine Anzahl von solchen Fällen und wo vereinzelt sogar größere Cavernen verschwanden, die vorher in jahrelangen konservativen Kuren stationär blieben.

Bei der Mehrzahl dieser offenen, arbeitsfähigen und teilarbeitsfähigen Fällen genügt die Arbeitstherapie als Reiztherapie nicht. Nach einem Stadium des allgemein und lokal guten Fortschrittes folgt ein neues Gleichgewicht zwischen Körper und Bazillen oder eine Schwankung nach der negativen Seite. Man muß sich nun erneut die Frage vorlegen, ob lokal die Collapstherapie an-

gewandt oder ergänzt werden soll oder ob wieder eine längere konservative Kur ohne Arbeitstherapie einzuschalten sei. Endlich bleibt der dritte Weg offen: Die Kombination sehr leichter körperlicher Belastung (2—3 Stunden Arbeitstherapie, übrige Zeit Ruhe- und einer andern Reiztherapie. Angewandt wurden bis jetzt Lipatren, Gold (früher Solganal, jetzt Auro-Detoxin) oder Tuberkulin (als Tuberkulin-Tasch). Alle diese Medikamente werden häufig mit Calciuminjektionen zusammengegeben und beim erwarteten lokalen Fortschritt kann die Arbeitstherapie bis zu einem richtigen körperlichen Training gesteigert werden, das nach erfolgter Heilung anstandslos und sozusagen ohne Risiko das Hinüberwechseln des Patienten in den frühern oder in einen ähnlichen, etwas leichtern Beruf ermöglicht. Es braucht wohl nicht besonders gesagt zu werden, daß die medizinische Betreuung der nur teilweise geheilten neben der Ueberwachung der Arbeitstherapie eine genaue sein muß und viel Ausdauer und Geduld von Arzt und Patient erfordert. Gerade bei der Goldbehandlung, wo es auf eine richtige Dosierung jeder einzelnen Injektion ankommt, deren Wirkung jedesmal auskultatorisch festzustellen ist, sind wohl die Erfolge sehr schön, aber wegen der Nebenwirkungen sind die geeigneten Fälle nicht sehr zahlreich; dasselbe gilt von Tuberkulin, das daneben noch den Nachteil hat, daß man bei ungenügender Wirkung vor einer Ergänzungsoperation eine längere Ruhepause einschalten muß, da man sonst riskiert, daß die Operation infolge Toxinausschwemmung in den Organismus wie eine zu massive Tuberkulindosis wirkt und zu neuen Streuungen Anlaß gibt.

Endlich die letzte Gruppe e) von der Einteilung nach Lindig. Sie sind kaum arbeitsfähig und doch möchten sie noch etwas arbeiten, sich beschäftigen, noch irgendwie nützlich sein; dazu ist es selbstverständlich, daß man sich ihrer annimmt und noch etwas für sie unternimmt. Obschon es im Interesse der Oekonomie liegt, nicht Medikamentenverschwendung Vorschub zu leisten, muß man ihrem Zustand Rechnung tragen und das Leiden erträglich zu gestalten suchen. Nichts wird vom Patienten dem Arzt so übel vermerkt, wie wenn er das Gefühl bekommt, als Quantité négligeable behandelt zu werden oder daß man seine Klagen nicht ernst nimmt. So ist es ganz natürlich, daß neben der Ueberwachung eine Menge medizinischer Verrichtungen jedes Jahr vollzogen werden: pro 1941 z. B. 337 Pneumothoraxfüllungen, 7 Neuanlagen, 30 Punktionen und an Injektionen: 4000 Ampullen Calcium gluconicum, 350 Auro-Detoxin und 1500 andere.

In den 10 Jahren haben wir eine große Anzahl Patienten der Arbeitstherapie zugeführt. Viele durften geheilt nach Hause gehen, aber eine große Anzahl ist nicht zum Arbeiten gekommen. Das Bedürfnis nach einer Tuberkuloseheilstätte mit Arbeitstherapie ist größer als nach einer reinen Arbeitsheilstätte. Wir dürfen uns der Tatsache nicht verschließen, daß diese 30—40%, die nicht unsere Werkstätten benützen, eben auch da sind und Arzt und Pflegepersonal beanspruchen; wir haben ihnen möglichst das zu bieten, was sie in den

Höhensanatorien auch bekommen, ja, wenn möglich noch mehr, da wir nicht das Klima künstlich ersetzen können.

Von den 197 im Jahr 1941 ausgetretenen Patienten, von denen 24 wegen vorzeitigem Austritt wegfallen, ergibt sich nach Lindig folgendes Bild:

| Frauen | Mit Arbeitstherapie | Ohne Arbeitstherapie |
|--------------|---------------------|----------------------|
| a) | 9 | 12 |
| b) | 9 | 4 |
| c) | — | — |
| d) | 2 | — |
| e) | 4 | — |

12 weitere haben die Kur anderwärts fortgesetzt und werden deshalb nicht eingeteilt.

| Männer | Mit Arbeitstherapie | Ohne Arbeitstherapie |
|--------------|---------------------|----------------------|
| a) | 23 | 4 |
| b) | 34 | 5 |
| c) | 6 | — |
| d) | 3 | — |
| e) | 5 | — |

22 haben die Kur anderwärts fortgesetzt, 5 Versorgungsfälle wurden wegen schlechter Prognose in ein Spital versetzt.

Von den 11 Patienten mit chirurgischer Tuberkulose wurden 9 voll oder wenig beschränkt arbeitsfähig entlassen, 2 setzten die Kur in andern Sanatorien fort.

Die 4 an nichttuberkulösen Krankheiten leidenden Patienten wurden voll arbeitsfähig entlassen.

Die große Mannigfaltigkeit der Tuberkuloseformen hat bis jetzt den Typus des reinen Uebergangsheimes nicht aufkommen lassen. Eine Arbeitsheilstätte unter ärztlicher Leitung gibt uns nach der Richtung der medizinischen Indikation zur Aufnahme mehr Spielraum und trägt dem tatsächlichen Bedürfnis zur Versorgung von Tuberkulösen mehr Rechnung; eine große Anzahl Patienten müssen vom praktischen Arzt und den Fürsorgestellten irgendwo zur klinischen Abklärung untergebracht werden und fast täglich werden wir um Aufnahme solcher Patienten gebeten; ferner sind unter denjenigen, die für die Arbeitstherapie angemeldet werden, nach der klinischen Untersuchung stets zirka 15% solche, wo die Arbeitstherapie erst nach einer gewissen Zeit und nach Erledigung anderer, noch dringenderer Aufgaben begonnen werden darf. Endlich müssen vorläufig die Wartefristpatienten, welche nicht sofort in der Höhe placiert werden können, aus seuchenpolizeilichen Gründen möglichst bald versorgt werden.

Dann ist nicht zu vergessen, daß auch die Patienten, die Arbeitstherapie treiben, gegenüber ganz gesunden auf gewöhnliche Erkältungen anfälliger sind und bei Störungen kürzere oder längere Zeit bettlägerig werden.

Nach den gehörten Zahlen ist Ihnen vielleicht aufgefallen, wie sehr die Zuweisung der Sanatorien hinter denen der Fürsorgestellten zurückbleiben; das wird wohl mit der Zeit etwas besser werden; zu erklären ist es vor allem dadurch, daß das Bedürfnis nach einer Uebergangsstation von den Fürsorgeärzten und von den Instanzen empfunden und gewürdigt wurde, die sich mit

dem ganzen Problem der Seuchenbekämpfung und nicht nur mit dem Heilstättenbetrieb abgeben. Ohne Ueberhebung dürfen wir wohl feststellen, daß das Milieu einer Arbeitsheilstätte dem wirklichen Leben viel näher steht, als das der Sanatorien ohne Arbeitsbetrieb. Es braucht nicht gerade die Sorglosigkeit des Zauberberges zu herrschen, so ist doch der Schock, den der Patient beim Austritt bekommt, so groß, daß der Uebergang durch die Arbeitsheilstätte sich lohnt, auch wenn es nicht immer gelingt, von hier aus ihm Arbeit und Stelle zu vermitteln. Der Beweis, daß die Arbeitsfähigkeit erprobt sei, gibt dem Patienten mehr Selbstvertrauen und das Zeugnis, das er erhält beim Austritt, hilft ihm eher Arbeit finden.

Früher, als noch Arbeitslosigkeit herrschte, gelang es hie und da, die Arbeitsstunden, die hier geleistet wurden, bei der Arbeitslosenkasse anrechnen zu lassen. Die Kasse sorgte dann in ihrem eigenen Interesse, daß die Patienten wieder irgendwo weiter arbeiten konnten und mußten sie wieder stempeln gehen, war das immer noch angenehmer, als von der Armenpflege abhängig zu sein.

Einen Teil der Nachfürsorge suchen wir hier derart zu lösen, daß mit dem Patienten längere Zeit vor Austritt die Situation besprochen wird. Gute Arbeiter finden heute ziemlich rasch Beschäftigung, außer in der Zeit der toten Saison, die natürlich fast für jeden Beruf einmal im Jahr

kommt. — Für die andern, die zum Teil schon vor der Kur die Stelle verloren oder wo die Krankheit dem Arbeitgeber ein willkommener Grund zur Kündigung gab, ist das Wiederauffinden eines Arbeitsplatzes schon schwieriger. Die Anmeldung beim Arbeitsamt, bei Arbeitgebern usw. wird gemacht, führt aber nicht immer zum Erfolg. Im großen und ganzen ist jedoch zur Zeit der Arbeitsmarkt ziemlich entlastet.

Vor etwas mehr als einem Jahr begann man mit der Bildung von Arbeitskompagnien (sonst Arbeitsloser). Wir waren damals in Sorge, was mit unsern Leuten geschehen werde, die für Arbeitslager und Arbeitskompagnien gewöhnlich nicht in Frage kommen. Glücklicherweise ist die Entlastung auf dem Arbeitsmarkt nun so groß, daß unsere Patienten nach dem Austritt nicht mehr lange auf Arbeit warten müssen, wenn es nicht gelingt, von hier aus eine Stelle zu finden.

Wir dürfen aber nicht vergessen, daß heute der Arbeitsmarkt durch Arbeiten entlastet ist, die in Friedenszeiten wegfallen. Ohne weiteres staatliches Eingreifen zum Schutze vor drohender Arbeitslosigkeit wird es nicht abgehen. Wir werden uns dann beizeiten bemühen müssen, daß man auch an unsere Leute, die zum Teil teilinvalid sind, denkt und sich ihrer gesondert annimmt.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, allen denen zu danken, die uns in den 10 Jahren, deren Abschluß wir heute feiern, in irgendeiner Weise ihre Hilfe und Mitarbeit gewährt haben.

Die Entwicklungsjahre und ihre Störungen

von Dr. Hans Binder, Direktor der Anstalt Hohenegg, Meilen *)

(Schluß)

Die typische Entwicklung aus der Pubertät in die Adoleszenz hinein verläuft nun so, daß diese beiden Reihen, die sexuelle und die erotische, die ursprünglich unabhängig voneinander in verschiedenen „Schichten“ der Persönlichkeit erwacht sind, zunehmend aufeinander konvergieren, einander in immer innigerer Weise steuern und beeinflussen, bis sie schließlich im Erlebnis der Jugendliebe erstmals einheitlich zusammen- und ineinanderklingen. Die sexuelle Einstellung, ursprünglich fast ohne Partnererlebnis, gewinnt ihre ersten, noch unbestimmten, spielerischen und wechselnden Partnerbeziehungen im sogenannten Flirt, wo der sexuelle Kontakt im Ansatz hergestellt, aber durch starke Annäherungsscheu immer wieder gehemmt wird. Beim Arm-in-Arm-Gehen, beim Küssen des Flirts handelt es sich unzweifelhaft um sexuelle Regungen, die aber auf Grund einer ganz primitiven Triebkoppelung immer wieder von Regungen des gegenseitigen Sich-Fliehens durchkreuzt werden. Das ganze Erlebnis wird vom Jüngling und Mädchen als durchaus unverbindlich und halb spielerisch empfunden, bleibt auf einer ziemlich primitiven, rein triebhaften Stufe stehen und wird von vielen der jungen Leute auch noch mit einem gewissen sportlich-renommistischen Interesse betrieben. Eine ganz andere Art sexueller Partnererlebnisse, die

für manche Adoleszenten typisch sind, sind die ersten sexuellen Erfahrungen des Jünglings mit einer ältern, überlegenen Frau, wobei die erfahrene Frau die Initiative ergreift, der Jüngling der Gefährte ist und sich darum der Verantwortung entziehen fühlt. Derartige sexuelle Erstbeziehungen — gewissermaßen „zur Uebung“ — findet man in der Entwicklung durchaus normaler junger Männer überraschend häufig. Während also auf der einen Seite die sexuelle Einstellung in einer noch unbestimmten Weise nach Partnern tastet, gewinnt auf der andern Seite das erotische Gefühl, zu dessen Wesen die spezifische Beziehung zu einem ausgewählten Partner von Anfang an gehört, einen sinnlichern Einschlag und lenkt mehr und mehr den sexuellen Trieb auf das erotische Objekt hin. So wird schließlich in der Adoleszenz ein Zusammenklingen beider in der Jugendliebe erreicht, die sich also vom Schwarm durch ihren sexuellen Einschlag unterscheidet. Welch ein Reichtum an frischem Erleben durch diese neugefundene Harmonie im jungen Menschen aufbrechen kann, wie weitgehend zwei Partner einer solchen Jugendliebe ihre gegenseitige Einfühlung verfeinern und aneinander reifen können, brauche ich nicht weiter zu schildern. Trotzdem ist eine derartige Jugendliebe nur selten von Dauer. Denn es klingen in ihr wohl Erotik und Sexualität zusammen, doch fehlt in ihr meistens das dritte Moment, das zur richtigen ehelichen Gemeinschaft

*) Die Irrenpflege 9/41.