Inhaltsverzeichnis

Medizinische Artikel		Seite		Seite
Antoine, Dr. Lore, Kosmetische Operationen	36	Fleischhacker, Oberin Therese, Sonderstation Tobelbad	137	
Dosch, Dr. Fritz, Einiges über die Herstellung von Testaufschwemmungen für die Gruber-Widal-Reaktion	149	Förderung des Pflegerinnenberufes durch die UN-Kommission	159	
Dr. E. L. R., Die Beschäftigungstherapie in Krankenanstalten, das Arbeitsgebiet für einen neuen Frauenberuf	56	Hitzenberger, Dr. Anneliese, Arzt und Schwester am Krankenbett (Bericht)	79	
Ellenberger, Dr. H., Schaffhausen, Einiges über die Anstaltsreform in Frankreich	150, 164	Hromatka, Gertrude, Auch Geisteskranke sind Menschen	85	
Fenz, Dr. Egon, Gelenkschäden durch falsche Ernährung	161, 180	Jerik, Therese, Die Krankenschwester (Radiovortrag)	134	
Frankl, Univ.-Doz. Dr. Viktor E., Psychotherapie	33	Krankenschwestern in Korea	191	
Heidler, Prof. Dr. Hans, Was tue ich bei plötzlichem Geburt bis der Arzt kommt?	81, 102	Lackinger, M., Arzt und Schwester am Krankenbett (Bericht)	60	
Kastner, Dr. Erika, Die wichtigsten Operationen in der Lungenheilstätte	108	Mangelberuf Krankenschwester in den USA	120	
Kaufmann, Dr. Robert, Arbeitsmedizinische Probleme	177	Reuß, Prof. Dr. A., Einiges über die Bedeutung der österreichischen Kinderschwester und der zu ihrer Heranbildung bestimmten Anstalt	105	
Knaus, Prof. Dr. Hermann, Zur Frage der natürlichen Geburtenkontrolle	49	Schmied, Dr. Friedrich, Ausbildung des psychiatrischen Pflegepersonals	97	
Öhler, Dr. Leopold, Methoden der Proben-gewinnung zur bakteriologischen Untersuchung des Stuhles	59	Schwerer Konflikt in einem niederösterreichischen Krankenhaus	46	
Stourzh, Dr. Helene, Ovulation — Menstruation — Konzeption	52	Sekora, M., Die Werkschwester	68	
Stourzh, Dr. Helene, Die Psychologie des Klimakteriums	65	Sorgen einer Oberin	168	
Stourzh, Dr. Helene, Die sexuelle Konstitution	129, 146	Tomschik, Auguste, Die schweizerische Pflegerinnenschule in Zürich	6	
Tyndel, Dr. med. et phil. Milo, Die Krebsfurcht	2			
Zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Wolfgang Denk	85			
Krankenpflegewesen				
Alter, Geheimrat Dr. W., Düsseldorf, Emanzipation der Krankenpflege	17	Erziehungsarbeit des Jugendamtes der Stadt Wien	7	
Ausgangsbestimmungen für das Krankenpflegepersonal vor 40 Jahren	15	Estl, Fürsorgerin Marianne, Die heilpädagogische Beobachtungsstation „Schloß Wilhelmberg“	71	
Bericht über die II. Österreichische Tagung für Arbeitsmedizin	183	Die Berufsgliederung der Fürsorgeschützlinge	152	
Bracken, Barbara, London, Zur Ausbildung und Berufsausübung des Krankenpflegepersonals in England. 1. Die Gemeindeschwester	87	Domes, Leopoldine, Neue Versuche auf dem Gebiete der niederländischen Familienfürsorge	24, 43, 61	
Bracken, Barbara, London, Zur Ausbildung und Berufsausübung des Krankenpflegepersonals in England. 2. Die staatlich diplomierte Krankenschwester	166	Dürrwanger, E., Adoptionsstelle der Gemeinde Wien	186	
Coerper, Prof. Dr. K., Arzt und Schwester (Auszug von Dr. Schmitz, Tübingen)	89	Hübl, Franz, Und wie sieht es der Erzieher? (Aus dem Therapieheim in Dornbach)	91, 117	
Das neue Spital der israelitischen Kultus-gemeinde in der Seegasse	70	Koliha, Susanne, Das gehörgeschädigte Kind im Kindergarten	63, 74	
Das neue Unfallkrankenhaus in Linz	11	Lichtenberg, Elfi, Koordination	90	
Das Unfallkrankenhaus in Linz, ein vorbildlicher Neubau	22	Mayer, Paula, Über die Wichtigkeit der Sprachbehandlung nach Gaumenspaltenoperation	12	
Die verwechsellte Blutkonserve	120	Osterbauer, Marie, Vorbereitungen für das Osterfest im Kindergarten	44	
Eine sonderbare Werbung für den Beruf der Krankenpflege (Operation im Schaufenster)	144	Pecker, Hertha, Ein Tag in meiner Gruppe (Sonderkindergarten für körperbehinderte Kinder)	155, 172	
Fink, Elizabeth, „Schwester, bitte, hören Sie mich an“ (Auszug aus einem Artikel im American Journal of Nursing)	127	Salava, Gertrude, Einsame Kinder	114, 141, 158	
		Schilder, Dr. Elisabeth, Der Neger in der Sozialarbeit in den Vereinigten Staaten	40	
		Schilder, Dr. Elisabeth, Die Adoption in den Vereinigten Staaten	170	
		Schilder, Dr. Elisabeth, Jugendkriminalität und Jugendgerichtsbarkeit in den Vereinigten Staaten	110, 138	
		Schmaus, Margarete, In memoriam Maria Montessori	92	

Verhältnisse gezwungen sehen, ihre Kinderzahl auf ein Maß zu beschränken, das eine nahezu allgemein geübte Empfängnisverhütung verrät. Wer diese so verallgemeinerte Geburtenregelung verurteilt, der möge sich die Verhältnisse in Europa ausmalen, wenn die Menschen ihrer Zeugungskraft keine Zügel auferlegen und so wie ihre glücklicheren Vorfahren auch heute noch 10 bis 20 Kinder in die Welt setzen würden. Für die daraus entstehende Bevölkerungsdichte würde selbst ein vereintes Europa nicht genügend Raum und Arbeit bieten können. Wie immer man aber auch über das Recht eines Ehepaares zur Beschränkung seiner Kinderzahl denken möge, bleibt die Tatsache bestehen, daß diese auffallende Verminderung des menschlichen Nachwuchses ganz allgemein zu beobachten ist. Und da nunmehr eine Geburtenregelung in solchem Ausmaße getrieben wird, sollen die Menschen von allen bisher üblichen widernatürlichen und daher ethisch, ästhetisch und hygienisch verwerflichen Methoden der Empfängnisverhütung endlich erlöst und darüber aufgeklärt werden, daß sie bei sorgfältiger Beachtung meiner Lehre wieder ein ganz natürliches Geschlechtsleben führen können und dennoch ihre Nachkommenschaft auf jene Kinderzahl zu beschränken vermögen, die für jede einzelne Familie Glück und wirtschaftlichen Segen bedeutet.

Ovulation — Menstruation — Konzeption

Von Dr. Helene Stourzh

Zweierlei Schicksale warten der Eizelle nach ihrem Sprung aus dem Graafschen Follikel des Eierstocks: Befruchtung oder Nichtbefruchtung. Der Organismus trifft seine Vorbereitungen auf alle Fälle für den wichtigeren Vorgang einer etwaigen Befruchtung. Der Graafsche Follikel verwandelt sich in den gelben Körper; dieser ist eine Drüse mit innerer Sekretion, deren Hormon eine reiche Durchblutung und Verdickung der Uterusschleimhaut und eine Anreicherung derselben mit wertvollen Nahrungsstoffen für das erwartete Ei bewirkt. Sollte es zu keiner Befruchtung kommen, dann sind diese Vorbereitungen freilich alle nutzlos und werden daher wieder abgebaut. Nur der Reiz des wachsenden Eies vermag es, den Gelbkörper weiter in Funktion zu halten und durch seine Hormonzufuhr die Uterusschleimhaut so lange als vollwertigen Mutterboden des Eies zu erhalten, bis die Plazenta dies selber besorgt. Wenn kein wachsendes Ei vorhanden ist, geht der Gelbkörper nach 14tägiger Lebensdauer zugrunde und der plötzliche Hormonabfall im Eierstock läßt nun auch die Uterusschleimhaut absterben; sie fällt zusammen, löst sich in Stückchen von der Wand los und geht mit dem Blut der zerrissenen kleinen Gefäße durch die Vagina nach außen ab, welchen Vorgang wir als Menstruation bezeichnen. Da inzwischen ein neues Urei zu reifen begonnen hat, ist dafür gesorgt, daß binnen kurzem schon wieder eine Befruchtungsmöglichkeit gegeben ist. Der Menstruationsvorgang wiederholt sich nun von der Pubertät bis zur Klimax in beiläufig vierwöchentlichen Intervallen, die allerdings noch innerhalb der physiologischen Grenzen bis zu zirka drei Wochen heruntergehen oder sich bis zirka sechs Wochen hinausziehen können.

Die Lebensdauer der Keimzellen ist eine viel kürzere, als man früher angenommen hat. Die Samenzellen leben vermutlich nur 30 Stunden, die Lebensdauer der Eizelle ist noch kürzer, nur nach wenigen Stunden bemessen. Mit dieser Erkenntnis haben sich die Mutmaßungen über die Befruchtungsfähigkeit der Eizelle grundlegend geändert. Eine Konzeption¹⁾ ist nur möglich, wenn die Samenzellen entweder zufällig gerade im Moment der Ovulation im Fimbrienende²⁾ der Tube ankommen oder wenn

¹⁾ Konzeption = Empfängnis.

²⁾ Fimbrienende = Fransenende des Eileiters.

sie dort mehrere Stunden — höchstens ein bis eineinhalb Tage — auf das Ovulum warten. Wären die Spermien im Augenblick der Ovulation erst in der Vagina, so würden sie keine lebende Eizelle mehr antreffen.

Wenn also der Zeitpunkt der Ovulation³⁾ berechenbar wäre, dann ergäbe sich auch der Zeitpunkt der Konzeptionsfähigkeit. Nun hat sich durch die Forschungen von Hermann Knaus erwiesen, daß die Menstruation fast immer 15 Tage nach der Ovulation stattfindet. Auch bei kürzerem oder längerem Zyklus bleibt die Spanne zwischen Ovulation und folgender Menses konstant; bei kurzem Zyklus verkürzt sich nur die Frist von der vergangenen Menses zur Ovulation, bei langem Zyklus verlängert sich ebendieselbe Frist. Bei kurzem Zyklus wird die Ovulation also sehr bald nach Menstruationsende erfolgen (etwa drei bis vier Tage), bei langem Zyklus wird die Ovulation sehr spät nach Menstruationsende erfolgen (vielleicht erst drei bis vier Wochen p. m.). Da die Ovulation die einzige Gewähr für eine Konzeption bietet, müßte die Frau, die ein Kind wünscht, sich mit der Kohabitation⁴⁾ an diesen Tag, an die zwei vorhergehenden und den einen nachfolgenden Tag halten. Jene Frau hingegen, die kein Kind haben darf, muß diese Tage vermeiden. Welche Wege gibt es, die Ovulation zu erkennen?

1. Mittelschmerz und Zwischenblutungen sind zu selten, um allgemein praktische Bedeutung zu erlangen. Knaus rät aber, diesen Symptomen mehr Beachtung zu schenken als bisher. Sie treten am häufigsten knapp nach der Ovulation auf.

2. Eine leicht anwendbare Methode ist die Messung der „Basaltemperatur“. Die Temperatur muß unbedingt morgens im Bett, nüchtern und vor jeder Bewegung, fünf Minuten lang rektal oder vaginal (nicht axillar) gemessen werden. Sie hält sich im allgemeinen post mens., also ante ov., beiläufig auf 36 Grad, um ein bis vier Tage post ov. um zirka einen Grad zu steigen und bis zur Menses infolge der Gelbkörperhormone auf dieser Höhe zu bleiben. Ein Nachteil der Messung ist es, daß die charakteristische Steigung mehrere Tage mit der Ovulation differieren kann und bei manchen Frauen ganz fehlt.

3. Eine verlässliche Methode ist die histologische Untersuchung des „Smear“, des Vaginalsekretes, das parallel mit dem Hormonzyklus bei einem Drittel der Frauen kennzeichnenden Schwankungen unterworfen ist.

4. Das Cervixsekret (Absonderung des Gebärmutterhalses) wird zur Zeit der Ovulation dünnflüssig und reichlicher, was allerdings nur dem Arzt erkennbar ist.

5. Der Ehekalender nach Knaus wäre das einfachste, jeder Frau zu Gebote stehende Mittel, die Ovulation vorauszubestimmen, allerdings nur nach der durchschnittlichen Zykluslänge mindestens eines Jahres. Seine regelmäßige Führung und Aufbewahrung ist eine Forderung von Knaus, der man nur wärmstens beipflichten kann.

Gerade wegen der verführerischen Einfachheit des Ehekalenders muß aber besonders genau geprüft werden, ob eine Ovulation vor und nach dem kalendermäßig berechneten Termin absolut unmöglich ist. Damit steht und fällt die Sicherheit des Ehekalenders und wird auf eine mehr minder große Wahrscheinlichkeit reduziert.

Nun hat Knaus selber auf eine Reihe von Ausnahmen hingewiesen, wodurch die Ovulation verschoben wird. Da ist einmal die „Spätovulation“ (Knaus), das ist ein normal langer Zyklus, innerhalb dessen die Ovulation aber nicht 15 Tage, sondern z. B. nur acht Tage vor der Menses erfolgt. Die Spätovulation ist kalendarisch nicht vorauszubestimmen, höchstens thermometrisch oder histologisch zu erkennen. Die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption ist hier gering, da die Menses einzutreten pflegt, bevor das Ei sich noch einnisten kann, was wenigstens 48 Stunden a. m. geschehen müßte.

³⁾ Ovulation = Ausstoßung des Eies.

⁴⁾ Kohabitation = Beischlaf.

Von dieser Spätovulation sind jene Fälle zu unterscheiden, wo die Ovulation zwar rechtzeitig eintritt, die Gelbkörperphase jedoch durch ein *nach* der Ovulation eintretendes besonderes Ereignis (Reise, Fieber, psychisches Trauma usw.) abgekürzt wird (Knaus), so daß die Menses statt gesetzmäßig nach 15 Tagen, ausnahmsweise z. B. schon nach sieben Tagen eintritt.

Wieder anders ist die Physiologie jener Fälle, wo ein solches besonderes Ereignis *vor* der Ovulation eintritt und die Ovulation dadurch „in der Regel“ (Knaus) hinausgezögert wird, der Gelbkörper aber wie gewöhnlich 14 Tage aktiv bleibt; es resultiert in diesem Fall einfach ein langer Zyklus.

Fall 7 b der schematischen Übersicht läßt Knaus insofern offen, als er annimmt, daß ein besonderes Ereignis die Ovulation eben nur „in der Regel“ verzögert, so daß es immerhin auch möglich erscheint, daß die Ovulation ausnahmsweise einmal dadurch beschleunigt werden könnte.

Fälle mit verlängerter Gelbkörperphase dürften selten sein, da ja im allgemeinen nur der Reiz des wachsenden Eies dies zu bewirken imstande ist, ihre Möglichkeit wird von Knaus immerhin erwogen.

Eine weitere, einst viel umstrittene Möglichkeit einer Konzeption knapp *p. m.* ist die sogenannte violente oder provozierte Ovulation. Darunter versteht man eine Ovulation, welche, bevor sie eigentlich noch fällig gewesen wäre, durch die Kohabitation ausgelöst wird. Diese Art der Ovulation ist beim Kaninchen und sechs anderen Tieren gut erforscht; sie werden bei jeder Deckung zu jeder beliebigen Zeit schwanger, weil sie stets reife, sprungbereite Follikel im Ovar haben, sich also im Zustand einer Dauerbrunst befinden. Alle anderen untersuchten Tiere haben bestimmte Zeiten, wo sie, im Besitz reifer Follikel, brünstig sind und *s p o n t a n* ovulieren, so daß nur zu dieser Zeit eine Paarung Erfolg haben kann. Nun ergab sich die Frage, ob beim Menschen mit seinem veränderlichen Zyklus und seiner seelischen Empfindlichkeit neben der erwiesenen spontanen Ovulation nicht außerdem ausnahmsweise auch eine violente Ovulation stattfindet, die dann natürlich vorzeitig und unerwartet zu Schwängerung führt. Ein solches Ergebnis könnte aber mit absoluter Sicherheit nur durch Experimente festgestellt werden, die am Menschen nicht zu machen sind. Experimente werden nur am Tier durchgeführt und deren Ergebnisse dürfen nie einfach auf den Menschen übertragen werden, wovon Knaus selber ausdrücklich warnt. Nun gibt es allerdings Experimente an Schimpansen, die uns physiologisch so nahestehen, daß es unwahrscheinlich ist, beim Menschen andere Ergebnisse zu erwarten. Affen sind die einzigen Tiere, welche die Paarung jederzeit zulassen, wo also Paarung und Ovulation, so wie beim Menschen, nicht immer zusammenfallen; sie haben aber *keine* violente Ovulation, womit für die Affen erwiesen ist, daß die Paarung keine Hormonausschüttung zu bewirken vermag, die eine Ovulation erzwingen könnte.

Die Versuche an Kaninchen, Nerz usw. erlauben weit weniger einen Schluß auf den Menschen. Beim Nerz wurden die brünstigen Weibchen isoliert, eine Annäherung der Partner mit Verhinderung der Paarung erprobt, Paarung mit fertilen und sterilen Männchen und Bespringen mit impotenten Männchen planmäßig durchgeführt und das Ergebnis kontrolliert. Solche Experimente sind nur an Tieren möglich.

Knaus hält die violente und spontane Ovulation für so grundverschieden, daß unmöglich beide Formen bei einer Art bestehen könnten, was bei Tieren auch tatsächlich nie der Fall ist. Wenn man aber bedenkt, daß sowohl bei der spontanen wie bei der violenten Ovulation letzten Endes die Hormonausschüttung aus dem Hypophysenvorderlappen zur Ovulation führt, ist der Unterschied gar nicht wesensverschieden; er kann nur in den Vorläufern liegen, die endlich zur Hormonausschüttung führen.

Beim Kaninchen usw. geht der nervöse Paarungsreiz über das Großhirn zum Zwischenhirn und von da zur Hypophyse, welche den nervösen Reiz mit Hormonausschüttung beantwortet (neurohormonale Umschaltung). Die stets vorhandenen reifen Follikel reagieren dann mit Ovulation. Bei den meisten anderen Tieren (z. B. Stute) gibt es keine Dauerbrunst, daher auch meist nur unreife Follikel, die nicht durch Paarung zu jeder beliebigen Zeit zum Springen gebracht werden können. Nur der sprungnahe Follikel der rossigen Stute kann durch eine Prolaninjektion schon ein wenig vor seinem spontanen Termin zum Sprung gebracht werden. Knaus nennt diese Art der Ovulation eine „vorzeitig ausgelöste spontane Ovulation“. Dieses Ereignis könnte man füglich auch als violente Ovulation bezeichnen, da die Injektion durchaus als Provokation beurteilt werden kann.

• Daß die Kohabitation beim Menschen mechanisch (Reibung, Wärme) eine Hyperämie des Ovars verursacht, die zur Ovulation führt, hält Knaus mit Recht für ausgeschlossen. Daß aber die Hormonausschüttung in cohabitatione allenfalls einmal den Austritt eines Eies aus einem sprungnahen Follikel auslösen könnte, ist physiologisch durchaus denkbar.

Auch die Möglichkeit einer Ovulation durch das psychische Trauma eines Stuprum⁵⁾ wurde erwogen. Aber die Erfahrung lehrt, daß Angst und Schrecken im allgemeinen den sexuellen Vorgängen feindlich entgegenstehen und den reifenden Follikel hemmen. Eine psychisch-traumatische Ovulation scheint daher nicht ohneweiters erklärlich.

Die violente Ovulation mag also im ganzen wenig wahrscheinlich sein, erwiesen ist ihre Unmöglichkeit noch nicht. Und wenn Knaus auch mit Recht sagt: „Die Ovulation ist nun einmal ein physiologischer Vorgang, der nur mit physiologischen Methoden erforscht werden kann“, wenn er diese physiologische Methode mit Recht über die bloß anatomisch-mikroskopische stellt, so gibt es doch eine noch höhere Warte, von der aus alle menschlichen Vorgänge betrachtet werden müssen: das ist der seelische Aspekt. Die Sexualität ist untrennbar von der Erotik, das menschliche Eheleben ein eminent psychophysisches Geschehen. Wir wissen noch nicht, wie eines auf das andere wirkt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß es grundsätzlich drei Möglichkeiten für eine Konzeption in einer vermeintlichen „safe period“ (unempfindliche Zeit) gibt: 1. der kurze Zyklus, 2. der durch ein besonderes Ereignis verlängerte oder verkürzte Zyklus, 3. die violente Ovulation.

Um zu einer Sicherheit zu kommen, müßten wir das am Menschen nicht durchführbare Experiment durch eine ungeheuer große Statistik ersetzen, in welcher Schwangerschaften mit absolut sicher bekannter einmaliger Kohabitation und mit mindestens einjährigem, verläßlichem Menstruationskalender erfaßt wären. Vielleicht würde sich dann erweisen, daß Frühkonzeptionen (knapp p. m.) tatsächlich nur dann erfolgen, wenn ein gewohnheitsmäßiger kurzer Zyklus vorliegt (Knaus) und die Ovulation daher knapp p. m. erfolgt. Knaus selber sagt, daß auf einer Klinik 20 Jahre erforderlich wären, um zirka 400 Fälle mit bekannter einmaliger Kohabitation zu finden. Heute gesellt sich dazu noch das Hindernis des mangelnden Menstruationskalenders. Vorläufig liegt nach der bei Knaus angeführten ausführlichen Literatur noch eine viel zu kleine Zahl derartiger wirklich einwandfreier Fälle vor. Knaus selber hat bei Verwertung des Materials zur Geduld gemahnt.

Die Prophylaxe mittels des Ehekalenders beansprucht den Vorzug für sich, die einzige ästhetisch, ethisch und hygienisch einwandfreie zu sein. Sie ist tatsächlich die einzige von der katholischen Kirche gestattete. Vom psychohygienischen Standpunkt

⁵⁾ Stuprum = Schändung.

aus wird hingegen geltend gemacht, daß die kalendarische Triebbeherrschung Nachteile hat, besonders wenn man aus Vorsicht dem umstrittenen Postmenstruum ausweicht und nur etwa zehn Tage des Antemenstruums freigibt. Viele Frauen lehnen aus diesem Grund den Ehekalender ab. Auch das ästhetische Moment wird von den Frauen verschieden ausgelegt, da es manchen hauptsächlich darauf ankommt, ihre Vorbereitungen für sich allein zu treffen.

Knaus sagt: „Der Sinn und Reiz unseres Forschens liegt ja in der Aufdeckung von Naturgesetzen und nicht im Suchen... von seltsamen Erscheinungen als Zeichen eines planlosen Ablaufs des Lebens.“ Der Arzt muß aber genau so an die Ausnahmen wie an die Regel denken.

Die stattlichen Erfolgsziffern des Knausschen Ehekalenders sprechen für einen hohen Prozentsatz guter Verwendbarkeit, aber eine 100%ige Sicherheit kann er nicht geben, weil das von Knaus aufgestellte Gesetz: „Die Ovulation erfolgt spontan am 15. Tag vor dem Eintritt der Menstruation“ zu viele, von Knaus selber angeführte Ausnahmen hat: weil die Ovulation nach Geburt und Fehlgeburt, auf Reisen und Hochtouren, bei intensivem Sport, fieberhaften Krankheiten und psychischen Traumen — also bei einer sehr weit gedehnten Einflußsphäre — aus ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Bahn entgleist. Ein biologischer Vorgang kann nicht mit mathematischer Exaktheit vorausberechnet werden; und die bevorstehende Ovulation sowie die ihr gesetzmäßig verbundene folgende Menstruation sind ja immer zukünftige Ereignisse.

Man kann sagen: Der Zyklus hat Unregelmäßigkeiten, aber bei regelmäßigem Zyklus sind die fruchtbaren Tage bekannt.

Man kann auch sagen: Bei regelmäßigem Zyklus sind die fruchtbaren Tage bekannt, aber der Zyklus hat Unregelmäßigkeiten.

Die Beschäftigungstherapie in Krankenanstalten, das Arbeitsgebiet für einen neuen Frauenberuf

Die Beschäftigungstherapie ist in Nord- und Westeuropa sowie in den USA aus dem Behandlungsplan für Patienten, die an chronischen Krankheiten leiden, nicht mehr wegzudenken. Es handelt sich bei ihr tatsächlich um eine wenn auch indirekte Form der Heilbehandlung, dort, wo die Natur des Leidens einen längeren Anstaltsaufenthalt erfordert, wie bei Geistes- und Nervenkranken, Tuberkulösen u. a. Bei der Tuberkulösenbehandlung in Heilstätten z. B. hat sich gezeigt, daß von einem bestimmten Zeitpunkt der Heilstättenkur an die absolute Ruhe, auch tagsüber auf den Liegehallen, den Genesungsprozeß nicht mehr unbedingt fördert. Die völlige Unausgefülltheit des beschäftigungslosen Tages wird bei längerer Kurdauer Ursache von Depressionen, Schlaf- und Appetitlosigkeit und es entsteht dadurch Gewichtsverlust und Verschlechterung des Allgemeinzustandes, was sich dann wieder ungünstig auf den Lun-

genbefund auswirken kann. Das Grübeln über die Krankheit und die Ungewißheit der Zukunft verstärken diese Beschwerden.

Alle Maßnahmen zur Ablenkung sind also nicht bloßer Luxus, sondern spielen wegen der günstigen psychologischen Beeinflussung der Patienten eine wesentliche Rolle im Behandlungsplan. Es wird dafür ein gewisses Maß finanzieller Aufwendungen vorgesehen, die man allerdings möglichst niedrig zu halten bestrebt ist.

Die Beschäftigungstherapie besteht im allgemeinen darin, daß man die Patienten veranlaßt, unter fachmännischer Leitung kleine kunstgewerbliche Arbeiten herzustellen, wobei eine möglichst zeitfüllende Arbeitsleistung auf ein möglichst billiges Material verwendet wird. Die Finanzierung dieser Arbeiten erfolgt meist in der Form, daß die Krankenanstalt einen Raum, oft eine eigene Baracke und das Handwerkszeug zur Ver-