

Volkssanatorien in der Schweiz

B. Rüttimann

In den letzten Jahren des 19. Jahrhunderts wurden in der Schweiz die ersten Volksheilstätten für Lungenkranke eröffnet: 1895 Heiligenschwendi im Bernbiet, 1896 die Basler Volksheilstätte in Davos-Dorf, 1897 die Glarner Volksheilstätte in Braunwald und 1898 die Zürcher Heilstätte Wald.

Gleich zu Beginn des 20. Jahrhunderts folgten Sanatorien in Clermont-sur-Sierre, Leysin, Malvilliers, Knoblibühl, Unterägeri, Allerheiligen im Kanton Solothurn und 1912 die Barmelweid im Kanton Aargau. 1918 zählte man allein in Davos zwölf kantonale und einige ausländische Volkssanatorien (Niederlande, Deutschland, England etc.). Ein paar Beweggründe und Voraussetzungen für diese Gründungen sollen kurz ins medizinische Blickfeld gerückt werden.

Das Sanatorium Wald als Beispiel

Am 30. Oktober 1898 wurde die «Zürcher Heilstätte für Brustkranke» in Wald eröffnet [1]. Sie war auf einer weiten, ausser nach Norden völlig offenen und damit schattenfreien, südlich ausgerichteten Geländeterrasse des Faltigbergs auf einer Höhe von 900 m ü. M. und damit in einer Voralpenlage mit einem günstigen voralpinen Klima errichtet. (Deshalb heisst sie heute «Höhen»klinik im Gegensatz zu alpinen oder Hochgebirgsstandorten, die zwar allesamt noch unterhalb der Baumgrenze liegen.) Der eigene Umschwung von zwölf Hektaren war mit viel Wald bestanden – schliesslich heisst die Ortschaft ja auch so – und erinnerte die Zeitgenossen an die vielgepriesene Schwarzwaldluft. Andere Klimakurorte der damaligen Zeit hatten zum Teil mildere Klimate, beispielsweise die Mittelmeerküste mit bekannten Bäderorten an der Côte d'Azur, in Italien und Ägypten, ein mit den Voralpen vergleichbares Klima im Riesengebirge und im Taunus, und rauhere Verhältnisse – auch im Sinne des Reizklimas – an den Gestaden der Ost- und Nordsee sowie eben im Gebirge.

In Wald bürgen Lage und Klima für Licht, gute Luft und Sonne; die Architektur der ersten Bauten gewährleistete eine optimale Nutzung, indem der Gebäudekomplex mit den Liegehallen und Balkonen südwärts orientiert ist, während sich die gesamte bauliche und betriebliche Infrastruktur nordseitig befin-

det. Vorgelagert war eine Parkanlage mit Promenadenwegen, die dem Aufenthalt im Freien und kleinen Spaziergängen dienten, besonders auch den sog. Terrain- und Berg- oder Steigkuren nach Max Joseph Oertel. Sie waren Bestandteil einer sorgfältig und zurückhaltend dosierten körperlichen Kräftigung und Ertüchtigung. Die architektonische Grundidee entsprach dem für Krankenhäuser, Lazarette und Heilstätten damals propagierten Pavillonsystem, worunter freistehende, miteinander verbundene, oft nur einstöckige Gebäude zu verstehen sind, in Wald allerdings kompakter – Pavillons übereinander – im Blocksystem angeordnet. Im Mittelbau waren Speisesaal, Verwaltung und Arztzimmer untergebracht.

Klima, Lage und Bauweise genügen aber noch lange nicht, ein Sanatorium im engeren Sinn, besonders ein Tuberkulosesanatorium, und zwar ein privates wie vor allem ein Volkssanatorium, zu charakterisieren.

Die Tuberkulose als Volkskrankheit

Wenn man in diesem Zusammenhang von Volkskrankheit oder gar von Volksseuche sprach, meinte man in erster Linie die primäre chronische Lungentuberkulose, die Phthisis, Schwindsucht, Auszehrung, die «weisse Pest» oder das «bleiche Sterben». Nur beiläufig sei vermerkt, dass die Krankheit der Kameliendame, der Traviata oder der Bohème allzu romantisch geschildert ist. Alle Tuberkuloseformen, mit eingeschlossen die miliaren, die meningitischen und die sogenannten chirurgischen, bildeten zusammen *die* Krankheit des 19. Jahrhunderts in ganz Europa, allerdings mit zeitlichen Verschiebungen, entsprechend dem Stand der Industrialisierung, der Landflucht, des Städtewachstums und der Verarmung breiter Bevölkerungskreise, akzentuiert in Krisen- und Kriegszeiten.

In der Schweiz war ein Zehntel der Todesfälle auf tuberkulöse Erkrankungen zurückzuführen, allerdings mit grossen regionalen Unterschieden: die Zahl konnte bis zu einem Sechstel der Todesfälle ansteigen. Alarmierend war die Situation bei den Kindern und Jugendlichen, indem 1901/2 32,5% der 5- bis 14jährigen und 57,2% der 15- bis 19jährigen der Tuberkulose zum Opfer fielen. Dieses Leiden wurde zur sozialen Frage, zu einem Anliegen der Volksgesundheitspflege, zu einem sozial- und präventivmedizinischen Problem. Angesprochen und aufgerufen waren einerseits die öffentliche Hand, andererseits karitative Institutionen wie die gemeinnützigen Gesellschaften. Ein entsprechendes Postulat lag dem ärztlichen Zentralverein bereits 1876 vor. Pfarrer Hermann Walter Bion (1830–1909), «Vater» der Ferienkolonien, Förderer der Körperbehindertenfürsorge, bemühte sich – allerdings erfolglos – um ein gesamtschweizerisches Vorgehen. Dr. Jakob Laurenz Sonderegger (1825–1896), ein erfolgreicher praktischer Arzt, kantonaler Standespolitiker, Präsident der FMH, vor allem Vorkämpfer für Hygiene und Volksgesundheit, forderte Heilstätten für Brustkranke mit der Absicht, heilbare oder zumindest besserungsfähige vor den hoffnungslosen Fällen aufzunehmen [2].

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. B. Rüttimann
Medizinhistorisches Institut und Museum
Rämistrasse 71
CH-8006 Zürich

Medizinische Erfordernisse für Volkssanatorien

Eine Reihe von Vorbedingungen war für die Errichtung von Volkssanatorien zu erfüllen: es mussten geschlossene Anstalten mit straffer Hausdisziplin und Führung der Patienten sein, also abweichend vom bisherigen Kurhausbetrieb; es mussten genügend Therapieplätze zur Verfügung stehen, nicht zuletzt mit Blick auf die Kostenoptimierung; vor allem aber brauchte es ein lückenloses Therapieangebot nach den neuesten Erkenntnissen, das nicht nur klimatisch-physikalisch-diätetisch, sondern auch hygienisch, medikamentös und allenfalls chirurgisch definiert war.

Es erstaunt keineswegs, dass wir in einem von Pfarrer Bion einberufenen Komitee zur Gründung von Sanatorien im Kanton Zürich dem «Chindli-Wyss» begegnen: Professor Oscar Wyss-Kienast (1840–1918), der nicht nur die Medizinische Poliklinik und später die Propädeutisch-medizinische Klinik geleitet hatte, sondern 1874 erster Direktor des in Hottingen eröffneten Kinderspitals wurde und zusätzlich 1883 die Professur für Hygiene und das Hygieneinstitut übernahm. Er vertrat die Kinderheilkunde und Hygiene bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1910, wobei er eine massgebliche Rolle bei der Gründung der «Centralmolkerei», der «Heilstätte für scrophulöse und rachitische Kinder» bei Aegeri und der «Heilstätte für Brustkranke» in Wald spielte.

Hygiene und Prophylaxe

Als nämlich Robert Koch am 24. März 1882 in Berlin die Entdeckung und den Nachweis des Tuberkelbazillus bekanntgab, war die heftige Auseinandersetzung zwischen den Anhängern der Kontagionslehre und den Antikontagionisten mit Virchow in vorderster Front noch keineswegs entschieden; ganz im Gegenteil flackerte sie nochmals lichterloh auf. Sollten allerdings die Kontagionisten recht behalten, dann war die Tuberkulose eine Infektionskrankheit, und Kuraufenthalte waren in therapeutischer Hinsicht mehr oder weniger sinnlos, ja sogar kontraindiziert wegen der Ansteckungsgefahr. Nachdem Carl Flügge (1897) die Tröpfcheninfektion der Lungentuberkulose nachgewiesen hatte, kam es zu einer eigentlichen «Bazillenfurcht», zu einer Brandmarkung des Hustenden, des sichtlich Schwindsüchtigen, des Keim- und Bazillenträgers.

Andererseits eröffnete Cornets Beobachtung der Staubinfektion neue Möglichkeiten der Prophylaxe. Man wusste nun, dass die Tuberkelbazillen auch in Trockenheit und Staub während langer Zeit ansteckend blieben, und auf diese Eigenschaft der Erreger waren zahlreiche «sanitätspolizeiliche» Verordnungen und Verbote ausgerichtet. Wer erinnert sich nicht an die Ausspuckverbote in Gaststätten, Wartehallen, Bahn- und Tramwagen, an die Schilder «Das freie Ausspucken ist behördlich untersagt»? Es versteht sich, dass die Desinfektion der Patientenzimmer und -wäsche ebenfalls Bestandteil der hygienischen Prophylaxe war.

Da das Sputum der Tuberkulösen – sogar vertrocknet – als besonders gefährliche und andauernde Infektionsquelle galt, gehörte es auch nicht in das Taschentuch, weil seine hygienische Entsorgung damit noch unvollständig blieb. Allüberall wurden Spucknapfe aufgestellt und angebracht; Hustende hatten auch ein Taschenfläschchen mitzuführen [3]. Wohl am weitesten verbreitet war der «Blaue Heinrich», in unseren Gegenden kurz «Heiri» genannt, ein sterilisierbares Fläschchen aus blauem Glas im Taschenformat. Es wurde von Dr. Peter Dettweiler, Leiter des Sanatoriums Falkenstein im Taunus, entworfen und in den Handel gebracht, und zwar in so grossen Stückzahlen, dass man heutzutage erstaunt ist, in den Medizinhistorischen Museen nur noch einzelne Exemplare als Rarissima vorzufinden. Wahrscheinlich hat man sie nicht geliebt, auch nicht als Andenken aufbewahrt, und schliesslich ist Glas zerbrechlich.

Antiseptische und aseptische Kautelen

Aus den Erkenntnissen und Erfahrungen der Bakteriologie und der medizinischen Hygiene entstand 1867 das antiseptische Prinzip von Joseph Lister, teilweise abgelöst und ergänzt durch die Asepsis, die zu Beginn der 1890er Jahre aufkam. Antisepsis und Asepsis haben das Bild der Medizin von Grund auf verändert, haben der Medizin ein unverkennbares, unverwechselbares, eigenständiges, typisch medizinisches Aussehen vermittelt, ausgehend vom Operationssaal zu den Spitälern, Heilstätten, Lazaretten, Pflegeheimen bis hin zur Praxis des einzelnen Arztes. Es verschwanden – nicht gerade schlagartig, aber doch innert weniger Jahre – Teppiche, Bettvorleger und Vorhänge, Kanten, Leisten und tiefe Ecken, aller Zierat und alle Schnörkel: alles musste leicht waschbar oder abwaschbar sein, glatt, impermeabel, wenn möglich sterilisierbar. Die Böden waren aus Marmor, gegossen oder aus Linoleum, die Wände gekachelt oder mit Ölfarbe gestrichen (allenfalls mit aufgemalten Ornamenten), die Möbel hochbeinig, ohne Fugen und Ritzen, meist aus Metall und Glas; nur noch weisse, kochechte Bettwäsche und medizinische Arbeitsbekleidung kamen in Frage, und omnipräsent in allen medizinischen Einrichtungen herrschte der aufdringliche Geruch von Desinfektionsmitteln und Antiseptika vor [4].

Lange Zeit dachte man, dass sich dieses antiseptische und aseptische System vereinfachen liesse; doch alle entsprechenden Versuche haben uns das Gegenteil gelehrt. Mittlerweile ist diese hygienische und sterile Medizin vom ersten Arzt- oder Spitalbesuch an allgemein vertraut geworden. Um die Jahrhundertwende hingegen muss sie als grundlegende Umwälzung und völliger Gestaltwandel auf den zeitgenössischen Betrachter gewirkt haben.

Die Freiluft-Liegekur

Schwindsüchtigen empfahl man bereits in der Antike den Gebrauch von reiner und frischer Luft; als kuriose Abweichung ist im 18. Jahrhundert – ganz im Zeichen der vorherrschenden Naturvorstellungen –

die Stabulation, das Kontubernium, die Kuhstall-Luftkur zu vermerken. In der ersten «Heilanstalt für Lungenkranke», die Hermann Brehmer 1853 in Görbersdorf eröffnete, nahm der ausgiebige Aufenthalt im Freien, an guter und gesundmachender Luft, einen wichtigen Platz ein, ebenso in den Schriften von Conrad Meyer-Ahrens und von Alexander Spengler in Davos, um nur einzelne Autoren zu nennen.

Die Dauer-Luft- und Ruhe-Kur – so die vollständige Bezeichnung der Freiluft-Liegekur – ist aber mit den Worten von Wilhelm Löffler «eine intuitive, künstlerische Erfindung oder Schöpfung» von Peter Dettweiler (1837–1904), dem bereits erwähnten Leiter der Heilanstalt Falkenstein im Taunusgebirge [5]. Sie fand zunächst in Hängematten, später im vielfach nachgeahmten Liegestuhl, einer Art Chaiselongue, statt, in den wind- und witterungsgeschützten Veranden der privaten Kuranstalten und in den Liegehallen der Volkssanatorien. Diese Freiluft-Liegekur dauerte jeden Tag bei strenger Disziplin und Überwachung mindestens sieben Stunden; sie ist, was Thomas Mann den «Kurdiener» nannte und als «jour médical» bekannt wurde. Den «Kuranten» waren nur leise Gespräche von Liegestuhl zu Liegestuhl, Schreiben und Lektüre gestattet. Die Luftkur wurde um Licht, Sonne und körperliche Ruhe erweitert; um den einzelnen Patienten gestaltete und prägte sie in ihrer monate- wenn nicht jahrelangen Dauer eine eigene Welt.

Ernährungsvorschriften

Noch auf die Humoralpathologie zurück geht die Auffassung, die Phthisis sei durch eine Alteration des Blutes und – ebenso wichtig – durch eine örtliche Mangelernährung der Gewebe bedingt. Deshalb gehörten diätetische Massnahmen seit jeher zum Behandlungsplan. Er musste für die Sanatorien nur noch genauer präzisiert und reglementiert werden. Sechs tägliche Mahlzeiten galten als ein Minimum; die Kranken sollten möglichst viel Fett und Eiweiss zu sich nehmen, insbesondere viel Milch oder Molke, aber auch Cognac und Wein wurden empfohlen. Faktisch bestand der Kurtag also im Ruhen und Essen, wobei uns der Speisezettel weniger als Mahlzeitenfolge eines Tages denn als ganzer Wochenmenüplan vorkommt. Im ersten Jahresbericht des Sanatoriums Wald lesen wir: «Die Kost muss reichlich und gut sein, besser als in den Krankenhäusern, denn auf die Hebung des Ernährungszustandes kommt oft alles an; sie darf sich aber auch nicht den Gelüsten des Gourmands anpassen, denn sie träfe bei unserer Clientel einen wenig vorbereiteten Gaumen; auch soll sie so sein, dass der Unbemittelte sie später so viel als möglich in seinem eigenen Haushalte fortsetzen kann.» [6]

Kollapstherapie

Das therapeutische Angebot der Sanatorien wurde erweitert durch chirurgische Verfahren, die eine Ruhigstellung und Schrumpfung der befallenen Lunge

oder Lungenpartie, die Einengung von Kavernen und die Abkapselung von tuberkulösen Herden bezweckte. Dazu gehörten der künstliche Pneumothorax, die Thorakoplastik, die Phrenicus-Ausschaltung und die Kaverneröffnung [7]. Mit dem Anlegen eines Pneumothorax unter strenger manometrischer Kontrolle wurde im Bedarfsfall die Pneumolyse oder Adhäsioolyse und – falls erforderlich – die Tamponade oder Plombierung mit einer Paraffinmasse verbunden. Thorakoplastische Eingriffe hatten zum Ziel, die Brustwand durch Rippenresektionen bis hin zur «totalen Entknochung der Brustwand» zu mobilisieren. Die Phthiseochirurgie ist ein faszinierendes Kapitel der allgemeinen Thoraxchirurgie, obgleich sie hier so stiefmütterlich abgehandelt wird.

Normalien und Kurregeln

Die stichwortartig angeführten Bausteine wurden vornehmlich von Karl Turban (1856–1935) zu einem umfassenden Therapiesystem zusammengefügt. 1893 formulierte er als «Normalien» seine Richtlinien für den Bau, die Ausstattung und den Betrieb geschlossener Lungensanatorien [8]. Er war seit 1889 ärztlicher Leiter des ersten eigentlichen Lungensanatoriums in Davos, meist nur Turban-Sanatorium genannt; er war hochangesehen und geschätzt, ein Prognostiker ersten Ranges und unfehlbar in Tuberkulosefragen. Als «aufgeklärter Tuberkulose Tyrann» herrschte er nicht nur über das Personal und die Patienten seines eigenen Sanatoriums, sondern weit darüber hinaus in anderen Ländern und bis nach Übersee. Seine Bekanntheit gründete auf der Begeisterung und Dankbarkeit genesener Kranker, dem persönlichen und durch das Turban-Sanatorium vermittelten Eindruck auf in- und ausländische Besucher, auf durchreisende, kur- oder ausbildungshalber in Davos anwesende Ärzte, auf seine publizistische Tätigkeit und seine Beratungs- und Konsultationsreisen in aller Herren Länder. Turbans Normalien und Kurregeln setzten sich rasch und entschieden durch; sie boten Gewähr für gute Heilungsaussichten und rechtfertigten damit auch die Gründung von Volkssanatorien. Ganz allgemein skizzieren sie das moderne medizinische Szenario der Lungenkurorte und darin auch das phthiseotherapeutische Umfeld des Romans «Der Zauberberg» von Thomas Mann.

Heliotherapie

In mancher Hinsicht verlief die Sanatoriumsbehandlung der extrapulmonalen, besonders der chirurgischen Tuberkulosen, ähnlich. Versuche mit Insolation sind bereits in den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts festzuhalten; gegen dessen Ende hin wurde sie vor allem von Oscar Bernhardt (1861–1939) in Samedan und von Auguste Rollier (1874–1954) in Leysin erfolgreich eingeführt und weiter verbreitet [9]. Mancherorts liessen sich sowohl Luft- als auch Sonnenkuren durchführen oder miteinander verbinden.

Rückgang der Tuberkulose

Im 20. Jahrhundert sind die tuberkulösen Erkrankungen – jedenfalls bis vor kurzem – stetig zurückgegangen. Zweifelsohne hat die Sanatoriumsbehandlung einen massgeblichen Beitrag geleistet mit der Freiluft-Liegekur und der Heliotherapie, der reichlichen und reichhaltigen Ernährung, der körperlichen Betätigung und passiven Physiotherapie, den hygienischen Vorkehrungen und der Isolation von offenen tuberkulösen Patienten, den chirurgischen Eingriffen und schliesslich auch den Medikamenten. Deren Wirkung war zunächst unsicher und heftig umstritten, etwa im Falle des Tuberkulins [10], doch seit den 1950er Jahren erwiesen sich – wiederum bis vor kurzem – das Streptomycin und die neueren Tuberkulostatika als zuverlässig.

Im Verein mit den angeführten Faktoren sind aber auch die Hebung des Lebensstandards, eine allgemein bessere Hygiene und Ernährung, die Wohnraum- und Städtesanierungen, die Ausrottung der bovinen Tuberkulose und die BCG-Impfung zu nennen.

Die Patientenzahlen in den Tuberkulosesanatorien gingen demzufolge ebenfalls zurück; manche Heilstätten wurden geschlossen oder verlotterten, einzelne übernahmen völlig anders geartete Funktionen, wieder andere passten sich rechtzeitig den neuen Entwicklungen und Bedürfnissen an. Eine Verlagerung und Ausweitung des Therapiespektrums gestattete manchen Heilstätten nicht nur das Überleben, sondern gab ihnen einen sinnvollen neuen Auftrag.

Literatur

Schriften und Bücher (Auswahl)

- 1 Ritzmann I. Hausordnung und Liegekur. Vom Volkssanatorium zur Spezialklinik: 100 Jahre Zürcher Höhenklinik Wald. Zürich: Chronos; 1998.
- 2 Sonderegger JL. Tuberkulose und Heilstätten für Brustkranke in der Schweiz. Versuch zur Besprechung einer sozialen Frage; im Auftrage der schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft. St. Gallen. Zollikofer'sche Buchdruckerei; 1894.
- 3 Ein Taschenfläschchen für Hustende. Der praktische Arzt. Rubrik Verschiedenes. 1889;30:120.
- 4 Rüttimann B. 100 Jahre Asepsis. Ein Rückblick. Der informierte Arzt / Gazette médicale 1992;13:1415-23.
- 5 Löffler W. Geschichte der Tuberkulose. In: Hein J, Kleinschmidt H, Uehlinger E (Hrsg.). Handbuch der Tuberkulose. Band I, Allgemeine Grundlagen. Stuttgart: Georg Thieme; 1958.
- 6 Jahresberichte der Zürcher Höhenklinik Wald.
- 7 Sauerbruch F. Die Chirurgie der Brustorgane. = 2. Auflage von Sauerbruch F, Schumacher ED. Technik der Thoraxchirurgie. Erster Band: Die Erkrankungen der Lunge. Unter Mitarbeit von (u. a.) Lucius Spengler. Berlin: Julius Springer; 1920.
- 8 Turban K. Normalien für die Erstellung von Heilstätten für Lungenkranke in der Schweiz (1893). In: Turban K. (Hrsg.). Tuberkulose-Arbeiten 1890-1909 aus Dr. Turbans Sanatorium Davos. Davos-Platz: Buchdruckerei Davos; 1909.
- 9 Rollier A. La cure de soleil. Paris: Baillière & Fils; Lausanne: Constant Tarin; 1914.
- 10 Sahli H. Ueber Tuberkulinbehandlung. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1906;37(12):373-92.

Dokumente und Bildmaterial

- Pressenotizen, Nachrufe, biographische Unterlagen, Jahresberichte und Separata-Sammlung in der Bibliothek des Medizinhistorischen Instituts der Universität Zürich.
- Postkarten, Prospekte, Werbebroschüren, illustrierte populärwissenschaftliche Abhandlungen, Porträts, Landschaftsaufnahmen, Abbildungen von Gebäulichkeiten (Heilstätten und Sanatorien) in der Bildersammlung des Medizinhistorischen Instituts der Universität Zürich.

Objekte

- Darstellung der Lungentuberkulose mit einschlägigen Instrumenten und Geräten in einer Doppelvitrine der Abteilung «Grosse Krankheiten» des Medizinhistorischen Museums der Universität Zürich.