



UNIVERSITÄTS-  
BIBLIOTHEK  
PADERBORN

## **Universitätsbibliothek Paderborn**

### **Festschrift zur 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte**

**Münster (Westf)**

**Münster i. Westf., 1912**

Die orthopädische Heilanstalt "Hüffer-Stiftung". Vom Anstaltsleiter Dr.  
med. Becher.

**urn:nbn:de:hbz:466:1-45233**



## Die orthopädische Heilanstalt „Hüffer-Stiftung“.

Vom Anstaltsleiter Dr. med. Becher.

**D**ie orthopädische Heilanstalt „Hüffer-Stiftung“ wurde am 1. April 1889 eröffnet. Die Mittel wurden von dem 1895 in Rom verstorbenen Rentner Wilhelm Hüffer zur Verfügung gestellt und zwar „um vorzugsweise armen und minderbemittelten, an krüppelhaften Gebrechen leidenden Personen jeder Konfession Heilung und Pflege sicher zu stellen.“

Die Anstalt wurde also im bewußten Gegensatze zu den allerdings auch erst spärlich vorhandenen „Krüppelheimen“ gegründet, bei denen der Hauptzweck geistige und Handwerksausbildung war und deren Leitung meist in Laienhand lag. Hier stand ein Arzt an der Spitze, mit der Aufgabe, den Kranken so weit herzustellen, daß er entweder mit den gewöhnlichen Fortbildungsmitteln weiterkam, oder wenigstens befähigt wurde, eine besondere Ausbildung zu erfahren.

Die verflossene Zeit hat gezeigt, wie wichtig die Gründung in dieser Form gewesen ist, denn das Schwergewicht bei der Behandlung aller krüppelhaften Gebrechen hat sich im Laufe der Jahre vom Bandagisten, Lehrer und Handwerksmeister immer mehr nach Seiten des Arztes zu verschoben.

Ursprünglich war die alte Anstalt nur geeignet, 15—18 Patienten aufzunehmen. Durch Umbauten wurde es möglich, die Zahl auf 50 zu steigern. — Aber auch diese Zahl entsprach bald nicht mehr dem Aufnahmebedürfnis.

Es wurde daher in den Jahren 1902—03 eine ca. 150—160 Betten große moderne Anstalt errichtet und am 2. Dezember 1903 eröffnet. Gleichzeitig wurde unter Fühlungnahme mit dem Kultusministerium die Anstalt für die Zwecke der später zu errichtenden medizinischen Fakultät bestimmt und Verfasser am 1. Juli 1904 zum ärztlichen Leiter der Anstalt berufen. Die früheren Leiter der Anstalt waren: Dr. Temmink bis Ende 1891 und Dr. Tenbaum bis Mitte 1904.

Über die Entwicklung der Anstalt gibt die umstehende Frequenz-Tabelle das beste Bild, wobei darauf hingewiesen werden muß, daß bereits seit 2 Jahren wieder ein derartiger Platzmangel herrscht, daß die Notwendigkeit einer Erweiterung sich nicht mehr von der Hand weisen läßt.

Dieser Aufschwung war nur dadurch möglich, daß nach allen Operationen und Eingriffen die Patienten, sobald eine gewisse Beobachtungszeit abgelaufen war, nach Haus entlassen werden konnten. So werden alle Tuberkulosen, Osteotomien, Hüftluxationen, Klumpfüße etc. stets in Gipsverbänden nach Haus geschickt. Hierdurch wird nicht nur erreicht, daß die Zahl der Kranken, die aufgenommen werden kann, eine weit größere ist, als sonst, sondern auch, daß die Kosten für alle Beteiligten

## Krankenbewegung.

Jahr- gang	Anzahl der Patienten	Anzahl der Verpfle- gungstage	Davon in Klasse III für arme u. milder- bemittelte Kranke	Der Herkunft nach waren die Patienten aus:										Anzahl der poli- klinisch be- handelten Kranken	Anzahl der ärzt- lichen Konsul- tationen	Bemerkungen
				Westfalen			Rhein- land	Han- nover	Olden- burg	Dem übrigen Deutsch- land	Dem Ausland					
				Münster	Minden	Arns- berg										
1899	337	13 799	63 %	109	48	76	51	22	18	5	8	64	—			
1900	410	15 147	56 %	128	47	102	65	34	21	6	7	90	—			
1901	431	18 208	57 %	180	37	88	70	29	20	3	4	87	—			
1902	404	17 510	59 %	154	30	95	62	40	15	6	2	92	—			
1903	387	17 261	63 %	142	25	97	65	30	21	5	2	92	—			
1904	415	24 925	82 %	130	46	104	75	28	22	7	3	122	189 *)			
1905	471	33 848	80 %	242	22	93	53	31	19	8	3	112	606			
1906	633	44 878	72 %	304	38	127	69	53	26	12	4	136	586			
1907	698	45 178	69 %	323	75	161	64	47	14	8	6	137	746			
1908	786	47 663	68 %	347	92	190	84	39	20	7	7	145	705			
1909	1031	51 021	62 %	402	186	251	97	60	15	16	4	173	847			
1910	1288	51 127	59 %	530	205	345	122	43	18	16	9	207	1104			
1911	1426	54 789	60 %	613	168	386	131	64	30	27	7	214	1222			

\*) Vom 21. Juli  
1904 — Eintritt  
des Chefarztes  
Dr. Becker — ab.

sich beträchtlich ermäßigen und die Kinder zum großen Teil die Schule weiter besuchen können. Es kann hierbei allerdings nicht ausbleiben, daß man gelegentlich einmal eine Überraschung erfährt, wenn man die Patienten zum Wechsel des Verbandes wiederkommen sieht; die Vorteile des Verfahrens sind demgegenüber aber so groß, daß ich nicht davon absehen möchte.

Besonderer Unterricht wird im allgemeinen nicht erteilt, einzelne Fälle von ganz verwehrten Analphabeten (rhachitischer Zwergwuchs) ausgenommen, bei denen in kurzer Zeit recht viel erreicht wird.

Ich stehe auf dem Standpunkt, daß während einer intensiven ärztlichen Behandlung ein Unterricht überhaupt nicht zweckdienlich ist. Insbesondere ist dies bei den Skoliosen der Fall. Will man zu viel auf einmal erreichen, so erzielt man oft garnichts. Der Unterschied in den Erfolgen bei den rein poliklinisch behandelten Skoliosen, die gleichzeitig weiter am Schulunterricht teilnehmen, und den rein klinisch Behandelten ist beweisend für die Richtigkeit dieser Auffassung.

Eine Scoliose im Beginn ist immer ein dankbares Objekt, aber einen ausgebildeten Rippenbuckel zum Schwinden zu bringen, ist nicht gut möglich! Wenn es mir gelingt, eine gewisse Besserung oder auch nur einen Stillstand zu erreichen, so bin ich schon ganz zufrieden. Denn schon dies Ziel zu erreichen, ist schwer bei der meist geringen Zeit, die immer nur zur Verfügung steht. Die meisten Patienten kommen ja — häufig sogar von Ärzten geschickt — nur „zur Anfertigung eines Gradehalters“ und sind dann sehr enttäuscht, wenn sie zu diesem Zweck ihr Geld nicht loswerden können.

Darum muß strikte gefordert werden, daß die Scoliosen im Beginn des Leidens zur Behandlung kommen. So lange aber noch die beginnende Scoliose ärztlicherseits nicht richtig erkannt wird, oder es sogar heißt: „das verwächst sich wieder“, so lange sind wir von unserem Ziele noch weit entfernt.

Legt man so den Schwerpunkt auf die möglichst schnelle Wiederherstellung der Patienten, so wird man sehen, daß sehr viele Kinder am gewöhnlichen Schulunterricht teilnehmen können, die früher nicht dazu im Stande waren, oder aber, wenn auch mit Unterbrechungen, wieder wie früher die Schule besuchen und nachher einen Beruf ergreifen können. Freilich wird es stets eine Anzahl „heimbedürftiger“ Krüppel geben, die nach der Art der Erkrankung oder infolge Macht äußerer Verhältnisse eine besondere Erziehung und gewerbliche Ausbildung in einem „Heim“ erforderlich machen. Deren Zahl ist aber, wie ich aus meiner jetzt 6jährigen hiesigen Erfahrung weiß, eine viel geringere, als allgemein behauptet wird.

So bald als die Methoden der modernen orthopädischen Chirurgie mehr Allgemeingut unter den Ärzten geworden sein werden, so bald wird auch frühere und richtigere Behandlung eintreten und werden demgemäß auch weit mehr Kinder an den allgemeinen Unterrichtsmitteln teilnehmen können, als es heute der Fall ist.

Um dies aber zu erreichen, muß gefordert werden, daß die Ausbildung in der orthopädischen Chirurgie eine bessere wird, als es heutzutage noch leider meist der Fall ist. Dies Ziel ist aber nur erreichbar, wenn Lehrstühle eingerichtet werden und die Disciplin zum obligatorischen Prüfungsfach erhoben wird.

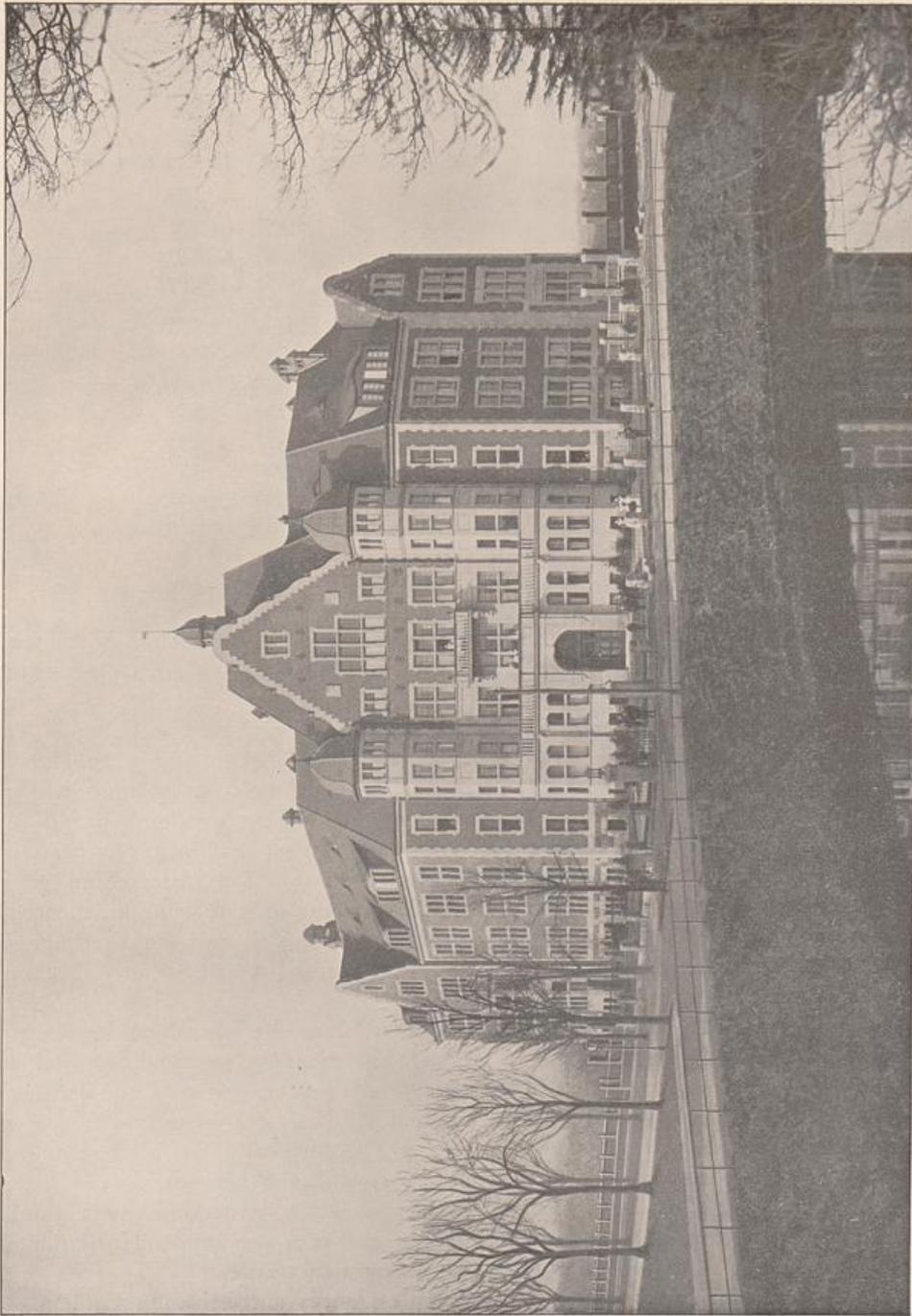
Hiermit könnte zweckmäßig auch der Unterricht in der Unfallheilkunde verbunden werden. Denn wer viel mit Unfallverletzten in rein ländlichen Gebieten zu

tun hat, der wird es bestätigen können, wie viel Verletzte durch Unterlassung zweckmäßiger Maßnahmen oder direkt unzweckmäßige, ganz oder teilweise verkrüppelt sind. So muß ich es wenigstens nennen, wenn bei einem gut geheilten typischen Radiusbruch vom untersten Fingergelenk an bis zum Schultergelenk alle Gelenke mehr oder weniger vollständig versteift sind und das durch zu langes Liegenlassen eines unzweckmäßigen (d. h. bis zu den Fingerspitzen reichenden) Gipsverbandes! Ich habe hier nur einen typischen Fall, der oft vorkommt, skizziert. Es stehen mir leider genug andere noch zur Verfügung.

Also: Mehr Unterricht in der orthopädischen Chirurgie und der Erfolg wird sein, daß die für die Krüppel aufzubringenden Lasten sich bedeutend verringern werden.

Eine Statistik der Jahre 1907—09 gibt nähere Aufklärung über die Art der Erkrankungen.

	1907		1908		1909	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.
<b>Angeborene Deformitäten:</b>						
Torticollis . . . . .	7		2		4	
Pes varus cgt. . . . .	7	3	20	24	22	15
Pes valgus cgt. . . . .	3	5	3	4	4	2
Lux. cox. cgt. dextra . . . . .	2	12	1	13	3	15
„ „ „ sin. . . . .	2	10	9	10	4	17
„ „ „ dupl. . . . .	—	14	3	14	1	23
<b>Erworbene Deformitäten:</b>						
Scoliose . . . . .	36	110	47	120	45	117
Genu varum . . . . .	1	1	—	1	1	1
Genu valgum . . . . .	4	7	7	6	7	1
Pes planus . . . . .	26		15		27	
Hallux valgus . . . . .	—		—		2	
Rhachitische Verbildungen außer den oben genannten . . . . .	33		22		28	
Coxa vara . . . . .	2	—	3	2	2	1
<b>Entzündungen:</b>						
Tuberkulose der Wirbel . . . . .	42		63		75	
„ „ Schultern . . . . .	—		1		2	
„ „ Ellbogen . . . . .	3		6		3	
„ „ Hände . . . . .	3		2		5	
„ „ Hüfte . . . . .	33		59		36	
„ „ Knie . . . . .	10		16		19	
„ „ Füße . . . . .	1		1		7	
Osteomyelitis . . . . .	3		1		1	
Schlaffe Kinderlähmung . . . . .	28		36		59	
Spastische Kinderlähmung . . . . .	9		18		15	



Die orthopädische Heilanstalt „Hüffer-Stiftung“ an der Hüffer-Straße.

Betrachtet man vorstehende Statistik, so sieht man, daß auch hier, wie wohl in jeder orthopädisch-chirurgischen Anstalt, die Scoliosen das Hauptkontingent der Patienten bilden, daß ihnen aber recht nahe die Gelenktuberkulosen und Knochentuberkulosen kommen. Dann folgen die Hüftgelenksverrenkungen und dann die Lähmungen.

Scoliosen:

1906 — 184
1907 — 146
1908 — 167
1909 — 152
<hr/>
649

Knochen-Tuberkulose:

1906 — 106
1907 — 92
1908 — 148
1909 — 147
<hr/>
493

Luxat. cox.:

1906 — 38
1907 — 70
1908 — 50
1909 — 63
<hr/>
221

Poliomyelitis:

1906 — 35
1907 — 28
1908 — 36
1909 — 59
<hr/>
158

(die spastischen Lähmungen zugezählt 217)

Bei den Poliomyelitiden machte sich bereits 1909 ein plötzlicher Anstieg bemerkbar, eine Wirkung der damaligen Epidemie, die im Jahre 1910 noch eine weitere Steigerung erfahren hat.

Bezüglich der angeborenen Mißbildungen muß ich auf eine auffallende Tatsache hinweisen, nämlich die, daß der Prozentsatz der angeborenen Mißbildungen im Verhältnis zur Zahl der Krüppel überhaupt ein weit höherer ist und zwar um fast 20% höher. Ich stellte dies Verhältnis fest bei einem Vergleich der in der Biesalskischen Statistik enthaltenen Zahlen mit den bei Prüfung der Statistik-Resultate für Münster und Westfalen ermittelten Zahlen. Der Unterschied ist zu groß, als daß er zufällig sein könnte. Ich möchte ihn zurückführen auf die große hier herrschende Inzucht, die durch wirtschaftliche, religiöse und Wohnverhältnisse z. T. bedingt wird, ohne hiermit allerdings eine vollauf befriedigende Erklärung geben zu können.

Es ist hier nicht der Ort, genaueren Bericht über die einzelnen Leiden und die hier durchgeführte Behandlung zu geben; Interessenten verweise ich auf den im Frühjahr 1912 erschienenen ausführlichen Anstaltsbericht, der gern zur Verfügung steht — lediglich über die Kinderlähmung will ich bei der Wichtigkeit, die sie infolge ihres epidemischen Auftretens in hiesiger Gegend und der noch jetzt überaus häufigen endemischen Fälle besitzt, nähere Ausführung bringen.

Im Jahre 1909 stieg die Anzahl der hier behandelten Kinderlähmungen plötzlich von 37 auf 59, während in den früheren Jahren nur eine der steigenden Patientenzahl entsprechende Steigerung der Zahl wahrgenommen wurde.

Der Grund hierfür ist in der im Herbst des Jahres aufgetretenen Epidemie zu suchen, die vornehmlich in einzelnen Industrieorten und im gebirgigen Sauerland

auftrat. Doch traten vereinzelt Fälle überall auf, ebenso wie sich auch noch heute, nach dem Erlöschen der Epidemie, ein stärkeres endemisches Auftreten der Erkrankung zeigt.

Über den Verlauf der Epidemie, Art der Ansteckung etc. ist schon eingehend von berufener Seite berichtet worden -- ich beschränke mich darauf, auf einige Punkte, die mir bemerkenswert erscheinen, hinzuweisen. So scheint mir die jetzige Epidemie zu beweisen, daß die Annahme Strümpell's, daß die Poliomyelitis und die erworbenen cerebralen, spastischen Lähmungen aetiologisch verwandt wären, zutreffend ist. Denn gleichzeitig trat in den befallenen Orten zwischen den schlaffen Lähmungen eine Häufung der spastischen Lähmungen auf.

Schon früher, im Jahre 1904, habe ich einen diese Annahme geradezu beweisenden Fall beobachtet. Es handelte sich um ein Geschwisterpaar, das gleichzeitig unter den gleichen fieberhaften Erscheinungen erkrankte. Nach Ablauf derselben war bei dem einen eine typische Poliomyelitis, bei dem anderen eine typische Hemiplegie vorhanden.

Bei dem hier so häufigen Auftreten der Erkrankung und den schweren Folgen, die sie nach sich zieht, wäre es sehr zu wünschen, daß die Bestrebungen, einen Schutzstoff oder ein Heilmittel zu schaffen, von Erfolg gekrönt sein möchten.

Ob sich freilich durch Überstehen der Erkrankung oder durch etwaige Schutzimpfung eine länger dauernde Immunität wird erzielen lassen, ist noch recht fraglich.

Ich verfüge über einen Fall, der dafür spricht, daß die Immunität durch Überstehen der Erkrankung jedenfalls keine sehr lang dauernde sein kann.

Im Jahre 1903 erkrankte ein Knabe an Poliomyelitis. 1904 Operation des rechtsseitigen, als alleinige Folge zurückgebliebenen pes calcaneus mit vorzüglichem Erfolg. Im Herbst 1907 kurzer Fieberanfall und typische Hemiplegie der linken Seite. Ich bemerke dazu, daß die Eltern eine außerhalb des Ortes liegende Villa in großem Garten bewohnten, und daß das Kind kaum mit fremden Kindern in Berührung kam und z. Zt. der zweiten Erkrankung keine anderen Fälle in der Gegend vorgekommen sind. Dieser Umstand scheint mir für die große Widerstandsfähigkeit und Dauerhaftigkeit des Infektionserregers zu sprechen, die ja auch durch Versuche nachgewiesen ist.

Diese große Widerstandsfähigkeit erklärt auch wohl zur Genüge das auch schon vor der Epidemie bestehende zahlreiche endemische Auftreten der Erkrankung.

Im allgemeinen erhielt ich in den ersten Jahren meines Hierseins nur alte, längst abgelaufene Fälle, die zumeist überhaupt nicht behandelt worden waren. Hier waren natürlich nur sofortige chirurgische Eingriffe indiciert und treten von diesen die Arthrodesen bei weitem in den Vordergrund. Der Grund hierfür ist der, daß bei den die unteren Extremitäten betreffenden Lähmungen, und das sind ja die weitaus meisten, wiederum das Fußgelenk an erster Stelle steht. Handelt es sich hier nicht nur um die isolierte Lähmung einer bestimmten Muskelgruppe, die sich ersetzen läßt, sondern, wie es leider, wohl auch infolge mangelnder Behandlung, meist der Fall war, um Schlottergelenke größeren oder geringen Grades, so ist die Arthrodesen die Operation der Wahl.

Selbst in Fällen, in denen ich anfangs glaubte, noch mit einer Sehnenverkürzung oder -Plastik auskommen zu können, zeigten mir spätere Nachuntersuchungen, daß nach anfänglichem, gutem Resultat später doch ein Recidiv auftrat. Ich sah mich in diesen Fällen später noch genötigt, die Arthrodesis vorzunehmen.

Von der Ausführung komplizierterer Sehnenplastiken bin ich ganz abgekommen. Die besten Resultate am Fuß ergaben mir die periostalen oder ostalen Überpflanzungen beim Hackenfuß, während die Resultate der Überpflanzungen beim paralytischen Plattfuß sehr zu wünschen übrig lassen. In diesen Fällen führe ich nur noch eine Keilexcision aus dem Taluskopf aus und Anfrischung des naviculare. Bei gleichzeitiger energischer Verkürzung des tibialis posticus erzielt man so ein anatomisch und funktionell sehr zufriedenstellendes Resultat. Unter allen Umständen ist bei den Plastiken noch Nachbehandlung und längeres Apparattragen erforderlich und da ist man leider — bei der hiesigen ländlichen Bevölkerung — der Intelligenz und dem guten Willen der Angehörigen auf Gnade und Ungnade überantwortet.

Dies trifft dagegen bei der Arthrodesis nicht zu. Auch hier lasse ich zwar zuerst noch einen Apparat tragen, der aber beim Fehlen von Gelenken weit dauerhafter sein kann.

Über die Technik ist nichts Besonderes zu erwähnen; von der einfachen und sicheren Methode der Anfrischung des Sprunggelenkes von einem vorderen Längsschnitt aus abzugehen, hatte ich keine Veranlassung. Man kann von diesem Schnitt aus auch sehr gut eine Anfrischung der kleineren Fußgelenke vornehmen, die in vielen Fällen recht zweckmäßig ist.

Bei einigen Fällen von pes calcaneus, die aber auch gleichzeitig völliges Schlottergelenk zeigten, ging ich der nötigen Sehnenverkürzung halber von hinten vor. Die Anfrischung ist bei dieser Schnittführung auch von der Hinterseite des Gelenkes aus leicht ausführbar und man kann die verkürzte Achillessehne leicht an den Fersenhöcker annähen. Besteht in einem derartigen Falle bereits eine hochgradige Deformierung des calcaneus, so empfehle ich, gleichzeitig eine schräge Abmeißelung des hinteren Fortsatzes und Annageln in redressierter Stellung. Das Resultat ist sehr zufriedenstellend.

Bei den Lähmungen des Quadriceps führe ich stets die Verkürzung desselben durch Naht an die Patella aus; auch die Beugerüberpflanzung kann bei noch vorhandenem, funktionsfähigem Material vorzügliche Resultate ergeben, die sich voller Wiederherstellung der Funktion nähern. Sind aber die vorhandenen Beuger nicht mehr intakt, so rate ich von jeder Plastik ab, wenigstens für alle Fälle, wo es sich darum handelt, bald ein gebrauchsfähiges Bein wiederherzustellen.

In allen diesen Fällen bevorzuge ich auch beim Knie die Arthrodesis, die leicht ausführbar ist und stets knöcherne Fixation ergibt.

So sehr ich mich auch scheue, ein solch wichtiges Gelenk, wie das Kniegelenk zu opfern, so führe ich auch hier, je mehr ich Sehnenüberpflanzungsergebnisse aus früheren Jahren sehe, öfter die Versteifung aus, als früher, und zwar des besseren Dauerresultats halber. Wir können fast mit Sicherheit versprechen, daß das Kind



Kinderzimmer III. Klasse in der „Hüffer-Stiftung“.

nach 8 Wochen — natürlich anfänglich noch mit Hülse — wieder laufen und die Schule besuchen kann. Und ich stehe nicht an, zu sagen, daß eine solche prompte und sichere Wiedererlangung der Geh- und Tragfähigkeit des Beines für alle Patienten, die sich nicht gerade in glänzenden Verhältnissen befinden, sicher das Erstrebenswerteste ist!

Ich habe mich deshalb auch selbst nicht gescheut, doppelseitig den Eingriff vorzunehmen, wenn eine andere operative Möglichkeit nicht vorlag und die Patienten so dauernd von ihren Apparaten befreit werden konnten. Dieser an sich zwar nicht schöne Zustand ist meines Erachtens immer noch besser als das ständige Tragen eines großen Apparates. Freilich ist in diesen Fällen auch immer die wirtschaftliche Lage des Patienten zu berücksichtigen. Ist diese aber keine sehr gute, sondern ist der Patient auf Erlernen eines Handwerkes angewiesen, so bleiben ihm auf diese Weise die dauernden hohen Apparatkosten und die Unbequemlichkeit des ständigen Apparatragens erspart, ganz abgesehen von der Zeit, die ihm durch Reparaturen der Apparate für die Arbeit verloren geht. Wenn die dauernde Zufriedenheit der Patienten ein Maßstab für die Zweckmäßigkeit einer Operation ist, so kann ich die Arthrodesen nur für die zweckmäßigste Operation aller schweren Fälle bei der Polio-myelitis erklären.

Unter meinen Patienten befand sich unter anderen auch ein 31 jähriger Handgänger, der durch Arthrodesen an beiden Fuß- und Kniegelenken wieder zum aufrechten Gang gebracht werden konnte. Beide Beine waren seit frühester Jugend bis auf belanglose Wackelbewegungen der Zehen total gelähmt und zeigten in den Knien starke Subluxationsstellungen und in den Hüften fast rechtwinklige Beugekontrakturen infolge der Gewohnheitshaltung. Am schwersten waren die Hüftkontrakturen zu beseitigen. Patient geht jetzt wieder auch ohne Apparate mit Krücke und Stock und erfreut sich eines aufrechten Ganges. Derselbe hat sich im Herbst 1911 wieder vorgestellt. Seine Gehfähigkeit hat sich so gehoben, daß er weit besser sich fortbewegen kann, als früher. Er kann bereits eine Stunde weit gehen und hat die Scheu verloren, sich unter andern Menschen zu bewegen; er fühlt sich jetzt erst als Mensch!

\* \* \*

Nicht uninteressant dürfte sein, in welcher Weise die Zahlungspflicht geregelt ist.

Der Hauptgrundsatz ist der, daß jeder nach seinen Kräften zur Zahlung herangezogen wird, was insofern von großer Bedeutung ist, als einmal dadurch das Gebotene höher eingeschätzt wird und das andere Mal das Gefühl der eigenen Verantwortlichkeit erhöht wird und erhalten bleibt.

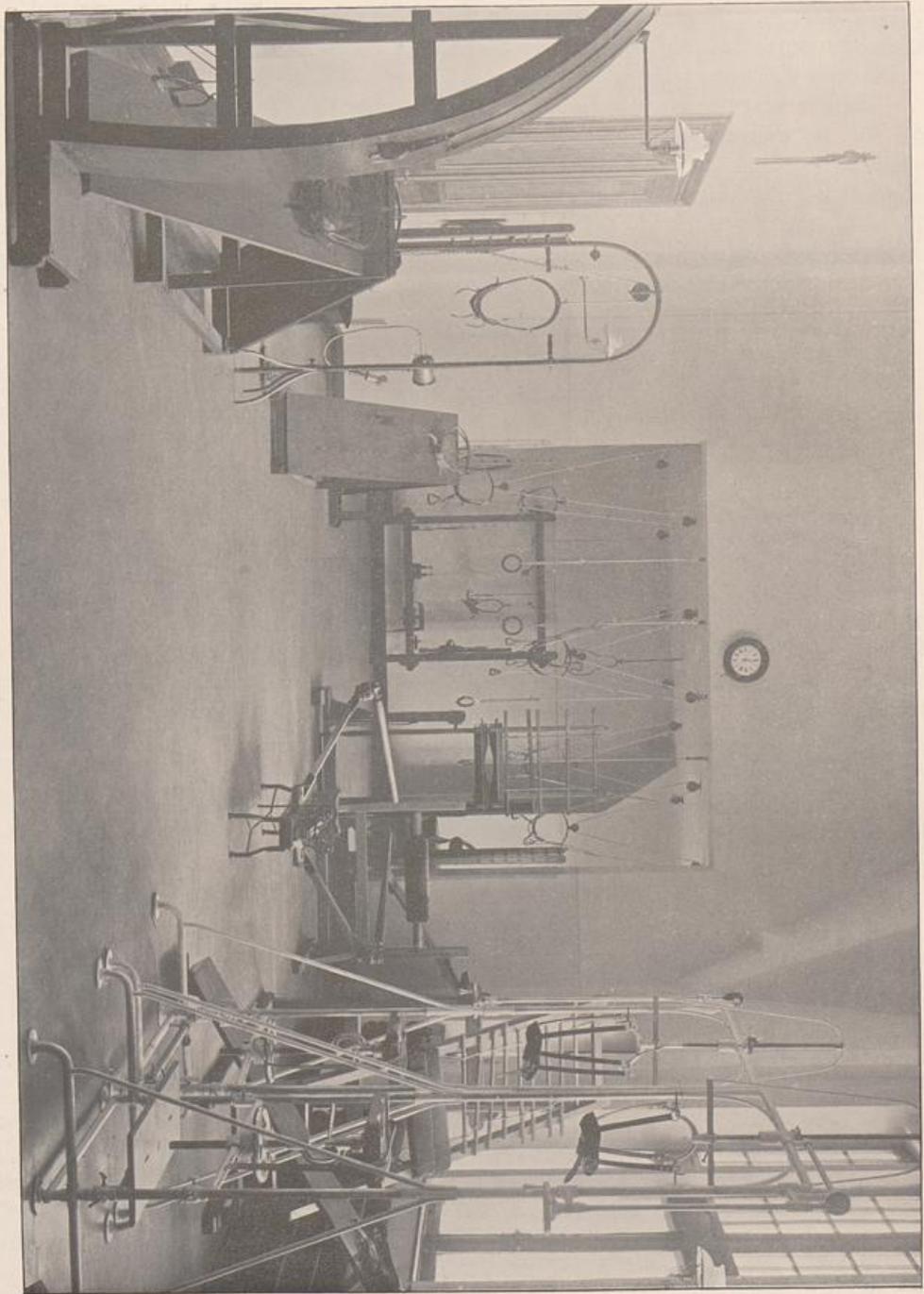
Ist der Betreffende nicht zahlungsfähig, so wird versucht, die Gemeinde zu verpflichten, was allerdings nicht immer gelingt.

Ausgezeichnet ist die Behandlung Unbemittelter in der Stadt Münster geregelt. Hier genügt eine kurze Bescheinigung der Notwendigkeit der Behandlung und dann kann die Aufnahme auf Kosten der Stadt stattfinden. Für besondere Fälle stehen auch noch Freibetten zur Verfügung.

Leider vergeht aber in manchen Fällen, bis die Zahlungspflicht geregelt ist, die für die Behandlung wichtigste Zeit, z. B. bei tuberkulösen Entzündungen. Da wäre es wichtig, daß auf dem Wege der Gesetzgebung eine Pflicht der Kostenübernahme geschaffen würde, eventuell in ähnlicher Weise, wie es das Gesetz vom 11. Juli 1891 betreffend die Unterbringung von Geisteskranken, Idioten, Taubstummen und Blinden vorschreibt. Auf diese Art könnte dann schnell und gründlich dem Krüppelend gesteuert werden, aber dreierlei ist sets dazu erforderlich:

Vorbeugen!  
Frühzeitig behandeln!  
Lange genug behandeln!





Gerätezimmer in der „Hüffer-Stiftung“.