

Kinderheilstätte / Kinderklinik Seehospiz „Kaiserin Friedrich“

Nordseeheilbad Norderney

Zweiganstalt des Diakonissen-Mutterhauses „Kinderheil“
in Bad Harzburg

Bericht über das 75jährige Jubiläum am 1. Juni 1961

und

Ärztlicher Jahresbericht 1960

Ärztliche Leitung:

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Menger, Facharzt für Kinderkrankheiten

Inhaltsübersicht

Die Entwicklung der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ auf Norderney in den Jahren 1886 — 1945	5
Wiederaufbau der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in den Jahren 1945 — 1961	6
Belegung der Kinderheilstätte/Kinderklinik Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in den Jahren 1950 — 1960	8
Der Erfolg der Behandlung in der Kinderheilstätte/Kinderklinik Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in Norderney	9
75jähriges Jubiläum	14

Ärztlicher Jahresbericht 1960

Einleitung	16
I. Tuberkulose	18
1. Hilus- und Lungentuberkulose	20
2. Knochen- und Gelenktuberkulose	20
3. Halslymphknoten-Tuberkulose	20
4. Mesenteriallymphknoten-Tuberkulose	21
5. Sonstige Tuberkulose-Formen	21
II. Allergische Erkrankungen	
1. Asthma bronchiale und asthmatische Bronchitis	22
2. Asthma und Neurodermitis	26
3. Neurodermitis	29
III. Erkrankungen der Atemwege	33
IV. Sonstige Erkrankungen	36
V. Kinderklinik und Isolierstation	39
VI. Hausgemeinschaft	41
VII. Operations-Abteilung	41
VIII. Röntgen-Abteilung	42
IX. Laboratorium	42
X. Veröffentlichungen	43
Anhang: Statistischer Bericht der Verwaltung	44

Die Entwicklung der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ auf Norderney in den Jahren 1886 — 1945

Die Anfänge einer Klimatherapie an der Nordsee gehen in Deutschland auf das Jahr 1797 zurück, in dem das Seebad Norderney auf Initiative des Grafen Knyphausen und eines Arztes, des Kreisphysikus von Hallem in Aurich, begründet wurde. Drei Jahre vorher hatte Doberan an der Ostsee den Anfang gemacht. Es vergingen aber noch Generationen, bis der Gedanke der Errichtung von Seehospizen, der in England, Frankreich und Italien zuerst Fuß gefaßt hatte, auch in Deutschland Eingang fand. Als die erste Anstalt ihrer Art wurde im Jahre 1876 die „Ev. Diakonissenanstalt zur Pflege skrofulöser Kinder zu Norderney“ ins Leben gerufen. Diese Anstalt erhielt 1897 den Namen „Marienheim“ und hat bis heute ihre Tätigkeit fortgesetzt.

Nachhaltigen Einfluß sollte aber Friedrich Wilhelm Beneke, geb. 27. März 1824 in Celle, gewinnen, der während seiner Tätigkeit als dirigierender Arzt des Deutschen Hospitals in London Gelegenheit hatte, den „sanitären“ Wert der verschiedenen englischen Hospize kennenzulernen. Er hatte in Margate, am Ausfluß der Themse im Südosten Englands, die mächtigen Wirkungen der Nordseeeluft, insbesondere auf skrofulöse Krankheiten, aus eigener Anschauung kennengelernt. Durch den wiederholten Besuch der deutschen und holländischen, belgischen und französischen Nordseebäder trachtete er, seine Kenntnisse zu erweitern, und bemühte sich schon im Jahre 1855, durch Untersuchungen die Wirkungsweise der Nordseeeluft und des Nordseebades zu erforschen. Am 5. April 1880 hielt Beneke in Berlin auf einem Kongreß Deutscher Kinderärzte in der „Pädiatrischen Sektion der Gesellschaft für Heilkunde“ einen Vortrag. Nach Vereinigung mit gleichgesinnten Ärzten an der Ostsee wurde ein Jahr später der „Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten“ unter dem Protektorat des Kronprinzen und der Kronprinzessin des Deutschen Reiches begründet. Im Jahre 1881/82 führte Beneke die berühmte Überwinterung mit 53 zum Teil Schwerkranken im Alter von 3—49 Jahren durch. 6 Kinder befanden sich unter diesen Patienten. Die damals festgestellten Krankheiten (skrofulöse Erscheinungen, Bronchiolitis und Asthma, Ekzem, Follikularverschwörung des Darms, Neurasthenie in verschiedenen Formen, Ischias, Arthritis deformans, Hyperämia cerebri, Singultus, alte Coxitis (skrofulosa), Phthisis pulmonum) gehören zum Teil auch heute noch zu den Indikationen für eine Behandlung an der Nordsee. Beneke konnte von zumeist guten Heilerfolgen berichten, doch warnte er vor der Verschickung von Patienten mit destruktiver Lungen-Tuberkulose, die zahlreich vertreten war.

Im gleichen Sommer konnte in Norderney das provisorische Hospiz mit zunächst 27 Betten unter der Pflege von Diakonissen des Henrietten-Stiftes in Hannover eröffnet werden. Professor Beneke verstarb völlig unerwartet am 16. Dezember 1882 nach nur 1tägiger Krankheit in Marburg. Er hatte aber noch den Erfolg seiner Bemühungen erlebt, denn Kaiser Wilhelm I. bewilligte dem Verein aus dem Dispositionsfonds bei der Reichshauptkasse die Summe von 250 000,— Mark zum Bau einer „großen nationalen Musteranstalt“ in Norderney unter der Bedingung, daß der Verein die andere Hälfte der auf 500 000,— Mark veranschlagten Baukosten aufzubringen in der Lage wäre. Diese Auflage konnte durch den neuen Vorsitzenden des Vereins, Minister Excellenz Dr. Krüger, durch den Erlös einer Lotterie sowie die Spende von 100 000,— Mark eines nichtgenannten Deutsch-Amerikaners erfüllt werden. Nach den Plänen von Professor Beneke und Baurat Nienburg aus Oldenburg umfaßte das Seehospiz in seiner ersten Anlage, den Forderungen des Kaisers entsprechend, 6 Pavillons für je 40 Kinder sowie ein Haus für 25 Pensionäre, einen großen Speisesaal, Küche, Waschküche und Badehaus. In jedem der 6 Pavillons befand sich im Erdgeschoß ein Spielsaal mit Nebenräumen und im Obergeschoß ein großer und kleiner Schlafsaal. Der erste Kurator des Seehospizes war der Bankdirektor Karl Thorade aus Oldenburg. Am 1. Juni 1886 konnte das Seehospiz in Dienst gestellt werden, der Name Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ wurde der Anstalt aber erst im Jahre 1890 verliehen. Der damalige Vorsitzende war Vizeadmiral z. D. Excellenz Freiherr von Reibnitz. Unter den stellvertretenden Vorsitzenden und Beisitzern des Vereins finden wir sehr bekannte Namen, so die der Ärzte Professor v. Leyden, Professor Schloßmann, Professor Finkelstein und den des Regierungspräsidenten Berghaus, früher Bürgermeister in Norderney. Als Kurator wirkten nach Bankdirektor Thorade Bürgermeister Dr. Gröning und Konsul v. Gröning sowie Direktor Niemann, alle aus Bremen.

Dr. Ludwig Rohden, der erste ärztliche Direktor des Seehospizes, veröffentlichte einen Bericht über den Tageslauf der Kinder während des ersten Sommers. Neben dem Baden in der See spielte der Aufenthalt am Strande eine große Rolle. Nach Dr. Hermann Lorent folgte schon 1889 Dr. Christian Rode, der 12 Jahre lang ärztlicher Direktor war. Noch galt das Interesse besonders der Behandlung der Skrofulose, der unheilvollsten und weitest verbreiteten aller Volkskrankheiten. Rode teilte mit, daß man in ärztlichen Kreisen längst zu der Erkenntnis gekommen sei, daß es sich bei der Heilung der Skrofulose weniger um ein Kurieren der einzelnen Krankheits-symptome handele, als vielmehr um ein gänzliches Umändern und Umbilden vermittels energischer Anregung des Stoffwechsels, um auf solche Weise die Grundkrankheit, die skrofulöse Anlage, zu beseitigen. Durch eine Schenkung war der Neubau eines Krankenpavillons möglich, wodurch die Unterbringung der bettlägerigen Patienten mit Knochen- und Gelenktuberkulose verbessert wurde. Der Nachfolger als ärztlicher Direktor, Dr. Karl Wohlberg, widmete sich von 1901 bis zum ersten Weltkrieg dem Ausbau des Seehospizes zu einer wirklichen Heilstätte. So beschäftigte er auch ausgebildete Schwedinnen, die bei Kindern mit Haltungsfehlern und Asthma Heilgymnastik durchführten.

Da die Schwestern des „Viktoriahauses für Krankenpflege“ in Berlin schon nach 5 Jahren abberufen wurden, begründete das Seehospiz eine eigene Schwesternschaft, die als Brosche ein schwarzes Kreuz mit einem darauf liegenden Anker mit Tau trug. Nach häufigem Wechsel wirkte Frau Oberin Martha Francke 34 Jahre in dieser Stellung, und auch zahlreiche andere Pavillonschwestern konnten in den 20er Jahren das Jubiläum einer 25- bis 30jährigen Mitarbeit im Seehospiz begehen. Es war damit eine außerordentlich erfreuliche und erfolgreiche Steifigkeit in die Betreuung der Kinder gekommen.

Zwischen den einzelnen Häusern wurden noch vor dem ersten Weltkrieg große Spielhallen errichtet, die bei ungünstiger Witterung den Kindern den Aufenthalt im Freien ermöglichten. Die zahlreichen Veröffentlichungen der Ärzte des Seehospizes befaßten sich wiederholt mit den Winterkuren. Bei einer großangelegten wissenschaftlichen Untersuchung zwischen Arzt und Meteorologen im Sommer 1913 wurde ein erster Versuch zur Aufdeckung der im Seeklima wirkenden Heilfaktoren unternommen, doch verhinderte der Ausbruch des ersten Weltkrieges bedauerlicherweise die Auswertung der Unterlagen, die verloren gingen.

Während des ersten Weltkrieges war das Seehospiz Unterkunft für die Inselwache, und der Krankenpavillon diente als Ortslazarett. Nach dem Kriege hatte sich die Situation für den Verein grundlegend geändert. Nur unter großen Opfern konnte der Betrieb im Seehospiz wieder aufgenommen werden, denn zur Beschaffung der Geldmittel für die umfangreichen Instandsetzungsarbeiten wurde das Hospiz in Wyk auf Föhr, das ebenfalls dem Verein gehörte, an die Stadt Hamburg verkauft. Vom Jahre 1921 ab konnten wieder Kinder aufgenommen werden, und zwar unter ärztlicher Betreuung des Geheimen Sanitätsrat Dr. Ernst Thälheim, der schon seit der Gründung stellvertretender Arzt im Seehospiz war, und von Dr. Paul Schlichthorst. Um die ärztliche Arbeit intensiver zu gestalten, wurden ab 1926 unter der Leitung von Dr. Schlichthorst zwei Assistenzärzte beschäftigt. Sein Interesse als Orthopäde galt besonders der Knochen- und Gelenk-Tuberkulose. Die vermehrten und erweiterten offenen Liegehallen des Krankenpavillons dienten dieser Aufgabe und ermöglichten mit ihren geschützten Veranden und später mit der großen Terrasse bei extrapulmonaler Tuberkulose eine systematische Sonnenbestrahlung, die schon vor den Veröffentlichungen von Rollier in Leysing in Norderney durchgeführt wurden. Von 1925 an nahm das Seehospiz wieder einen schnellen Aufschwung, und es kamen Kinder mit schwerer Erholungsbedürftigkeit bei fortgeschrittener Blutarmut und Skrofulose, mit Knochen-, Gelenk- oder Haut-Tuberkulose oder mit Asthma bronchiale zur Aufnahme. Besondere Verdienste um den Wiederaufbau hatte sich auch der damalige Kurator, Direktor beim Norddeutschen Lloyd i. R. H. R. Gerleff, der seit 1921 tätig war, erworben, bis er nach Übernahme des Seehospizes durch die NS-Volkswohlfahrt im Jahre 1935 ausschied. Das Seehospiz wurde Kinderheim, die ärztliche Leitung hatte Fr. Dr. Hermine Preidt. Von 1939 an war das Seehospiz wieder durch die Wehrmacht belegt und zum Teil als Ortslazarett verwendet worden.

Wiederaufbau der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in den Jahren 1945 — 1961

Mit dem Zusammenbruch des Reiches war auch das Seehospiz an das Ende gekommen. Es geriet automatisch als einstiges NSV-Vermögen unter die Sperrung der Britischen Militärregierung. Die bittere Not der Flüchtlinge ließ die Militärregierung auf den Einfall kommen, in den auch durch Bombenschaden mitgenommenen Häusern Alte unterzubringen; der eiskalte Winter 1946/47 zwang die Alten jedoch nochmal zur Flucht, und der praktische Nullpunkt war nach einer segensreichen Geschichte endgültig erreicht. Die Landesversicherungsanstalt Hannover, die Hansestadt Bremen u. a. prüften die Möglichkeit einer Inbetriebnahme und schrakten vor dem Ausmaß der Devastierung zurück.

Eine Anfrage wurde vom Ministerialrat Dr. Buurman aus dem Niedersächs. Sozial-Ministerium im Sommer 1946 an das Flüchtlingsmutterhaus Kinderheil aus Steffin-Finkenwalde gerichtet, ob es gegebenenfalls helfen könne. Die Haupt Sorge des weitplanenden obersten Medizinalbeamten galt der Bekämpfung der Tuberkulose und dem Wiederaufbau der unvergessenen Kinderheilstätte auf Norderney. Er rang der Militärregierung die Genehmigung zum Neuanfang ab und erwirkte die Verfügung des Landeswohlfahrtsamtes Hannover vom 21. 2. 1947, die Nutzungsrechte und Gebrauchsüberlassung auf Kinderheil zu übertragen mit der Auflage jederzeitigen Widerrufs unter Übernahme aller Lasten und der Weiterführung einer Kinderkrankenanstalt, sonderlich für Tuberkulose. Bei der Unsicherheit der Rechts- und Eigentumsverhältnisse war das eine riskoreiche Zumutung für das Mutterhaus, hier zuzusagen. Den Mut dazu nahm man aus dem Stiftungsauftrag von 1851, wo sich Pastor Fliedner und Pastor Palmié mit dem Geheimen Med.-Rat Dr. Steffen zur Gründung einer Kinderheilanstalt in Steffin zusammengefunden hatten. Der Sohn von Dr. Steffen ist der nachmals berühmte Geheimrat Dr. August Steffen gewesen, der im Jahre 1883 einstimmig zum ersten Vorsitzenden der eben gegründeten Gesellschaft für Kinderheilkunde gewählt wurde. Er stand auch in Arbeitsgemeinschaft mit Prof. Dr. Beneke. In völlig geschichtslos gewordener Zeit fanden sich diese beiden Bewegungen christlicher Barmherzigkeit und medizinischen Forschungswillens zusammen, um den Wiederaufbau zu wagen: Seehospiz und Kinderheil.

Es mußte großzügig geplant, aber klein und erbärmlich angefangen werden. Im Juli 1947 wurden die ersten drei Schwestern nach Norderney gebracht, deren Zahl laufend stieg. Ein kleiner technischer Stab unter Führung des Maschinenmeisters W. Ahrens begann unter Selbstverleugnung sein Werk. Als noch kein Kind zu sehen war, kam unsere einsige Assistenzärztin aus Steffin, eine äußerst geschickte Chirurgin, Fräulein Gerda Schmidt, zu uns. Ihre geschätzte Mitarbeit ist uns bis auf den heutigen Tag besonders auf dem Gebiet der Drüsentuberkulose unersetzlich. Mit 250 Erholungskindern begannen wir die Arbeit am 21. Mai 1948.

Alles wäre aber ein Torso geblieben, wenn wir nicht einen Pädiater als Chefarzt gefunden hätten, der wissenschaftlichen Ruf mit ärztlichem Eithos, menschliche Wärme mit Geduld und Entsagung in sich vereinte. Zu solch einem Manne uns geholfen zu haben, ist das Verdienst von Prof. Dr. Dr. h. c. Kleinschmidt, der ohne langes Überlegen den Namen des Prof. Dr. Dr. Walter Goeters in Düsseldorf nannte. Mutig nahm er den Ruf an das Seehospiz an, das in den Matigen 1948 fast nur auf dem Papier gestanden hatte. Ein Jahr später konnten wir die ersten kranken Kinder aufnehmen, auch tuberkulöse, und so die uns gemachte Auflage erfüllen.

Nicht nur die sprunghafte Entwicklung, sondern die Verantwortung für das Ganze – Personal, Patienten und Geist der Anstalt – ließen den Mutterhaus-Vorstand zu dem Entschluß kommen, der Verwaltung mit ihren wirtschaftlichen und baulichen Aufgaben in einem Seelsorger gleichzeitig die Mitte ihrer christlichen Existenz zu geben. In Pastor Gumpert, damals Landesjugendpfarrer in Braunschweig und einst Vikar des Vorstehers, erkannten wir den geeigneten Leiter und führten ihn im Juli 1949 ein. Bis zum Jahre 1960 hat er diese oft nicht leichten Aufgaben mit Freude und Geschick auf sich genommen, bis er im Frühjahr 1960 zu anderen Aufgaben in das Mutterhaus nach Harzburg geholt wurde. Sein Nachfolger wurde Pastor Hallwag, der im Juli 1960 sein Amt angetreten hat. Ihnen zur Seite stand und steht noch im gesegneten Dienst einer Oberschwester unsere Diakonisse Helene Witt. Die Bettenzahl konnte auf 350 erhöht werden und im Jahre 1950 auf 450. Diese Jahre des Wiederaufbaues sind trotz des bis zur Erschöpfung gehenden Arbeitseinsatzes, der Knappheit der Mittel, der Enge der Räume für Personal und gewisser Unzulänglichkeiten unvergeßliche Zeiten gewesen.

Nach und nach konnten wir an die Vermehrung der Assistentenstellen gehen. In Dr. Hans-Adolf Hänsche fanden wir den ersten Oberarzt und Entlastung für Prof. Goeters. Dr. Hänsche verließ uns nach dreieinhalbjähriger Mitarbeit im Jahre 1953. Einzufügen wäre die Mitteilung, daß nach langen Jahren der Unsicherheit in Sachen des Eigentums der neu fundierten Anstalt, die ausschließlich aus den Opfern des Diakonissen-Mutterhauses und der Schwesternschaft neu erwachsen war, eine klare Entscheidung endlich fiel. Der von der Britischen Militärregierung eingesetzte „Allgemeine Organisationsausschuß“ in Celle hatte auf unseren Antrag hin unter Nachweis, daß wir die gleichen Satzungszwecke erfüllten wie der frühere Eigentümer, unter Befürwortung der staatlichen Stellen und des letzten Kurators des früheren Seehospizes, Dir. Gerleff, Bremen, das Eigentum dem Diakonissen-Mutterhaus „Kinderheil“ zugesprochen. Der Beschluß war ergangen und verpflichtete uns, noch rascher den Wiederaufbau zu Ende zu führen. In den Jahren 1947 - 1950 konnten alle technischen Einrichtungen in Gang gebracht werden, eine Bäckerei wurde eingebaut, ein Nachbarhaus angemietet und in Haus 10 eine erste Kinderklinik eingerichtet. Von 1951 ab begann der systematische Umbau der Pavillons. Die Riesenschlafsäle verschwanden. Der große Speisesaal diente nur noch als Festsaal, und jedes Haus bekam seine eigenen Tagesräume. Den Anfang der Umbauten machte Haus 5, ihm folgte Haus 7. Das Jahr 1952 brachte den Umbau der Verwaltung und die Modernisierung der zentralen Heizung. Das Jahr 1952 schaffte Raum durch Ankauf eines Hauses für Arztwohnräume. 1954 schlossen sich die Umbauten von Badehaus, Waschhaus, Küchengebäude und im Oktober 1955 von Haus 2 an und der Erweiterungsbau von Haus 7.

Mitten im frohesten Schaffen aber traf uns die schwere Heimsuchung, daß am 28. 12. 1955 plötzlich nach gelungener Operation unser Chefarzt Prof. Goeters verstarb. Forschung war ihm Teil seines Lebens und nicht Handwerk. Reisen im In- und Ausland und Ergebnisse seiner Forschungen fanden ihren Niederschlag in zahlreichen Veröffentlichungen und in seiner „Meeresheilkunde“ und hatten mit seinem Namen auch den Namen des Seehospizes wieder bekannt und der Öffentlichkeit vertraut gemacht. Wir haben in ihm den arbeitsbesessenen und hingebungsvollen Chefarzt verloren.

In Dr. Hellmut Hahn war uns am 1. 1. 1954 unser neuer Oberarzt zugeführt, der in den Intentionen von Prof. Goeters lebte und ihn wesentlich nach der praktischen Seite der Menschenführung ergänzte. Ihm wurde es auch geschenkt, die Zeit des Interregnums durch seine menschliche Wärme und Hilfsbereitschaft vor jeder Krise auf dem ärztlichen Sektor zu bewahren.

1955 brachte uns den Neubau eines Einfamilienhauses, das zuerst dem Pastor und nun dem Chefarzt als Wohnung dient. Gleichzeitig wurde der Umbau von Haus 6 in Angriff genommen und die Technisierung der Küche vorangetrieben. Als verantwortungsvollste Aufgabe in dieser Zeit blieb uns die Suche nach einem Nachfolger von Prof. Goeters, der sein Werk fortzusetzen imstande war. Erneut erwiesen sich als Berater und Helfer Prof. Dr. Kleinschmidt und Prof. Dr. Köttgen, Mainz, der einen seiner wissenschaftlichen Assistenten, Dr. Wolfgang Menger, gerade in der Habilitation hatte. Er brachte beste Schule in der Kinderheilkunde mit und - was wir mit großer Freude begrüßten - ausgesprochene Gabe und Neigung für Klimaforschung. Priv.-Doz. Dr. Menger hat sein Amt als Chefarzt am 1. 5. 1957 angetreten. Leider verließ uns Oberarzt Dr. Hahn am 31. 5. 1960, dessen Dienst als Oberärztin Fräulein Dr. Helga Sommer am 1. 5. 1960 übernahm, die nach kurzer Zusammenarbeit mit ihrem Vorgänger sich rasch in die Gegebenheiten eingearbeitet hat.

Wir konnten im Jahre 1958 an den Umbau von Haus 1 gehen. Ihm fügte sich im gleichen Jahr die totale Modernisierung der Kinderklinik in Haus 7 in sämtlichen Abteilungen und Operationsräumen an. Haus 8, 9 und 10 folgten mit einschneidenden Umbauten, die allen Räumen ein neues Gesicht gaben.

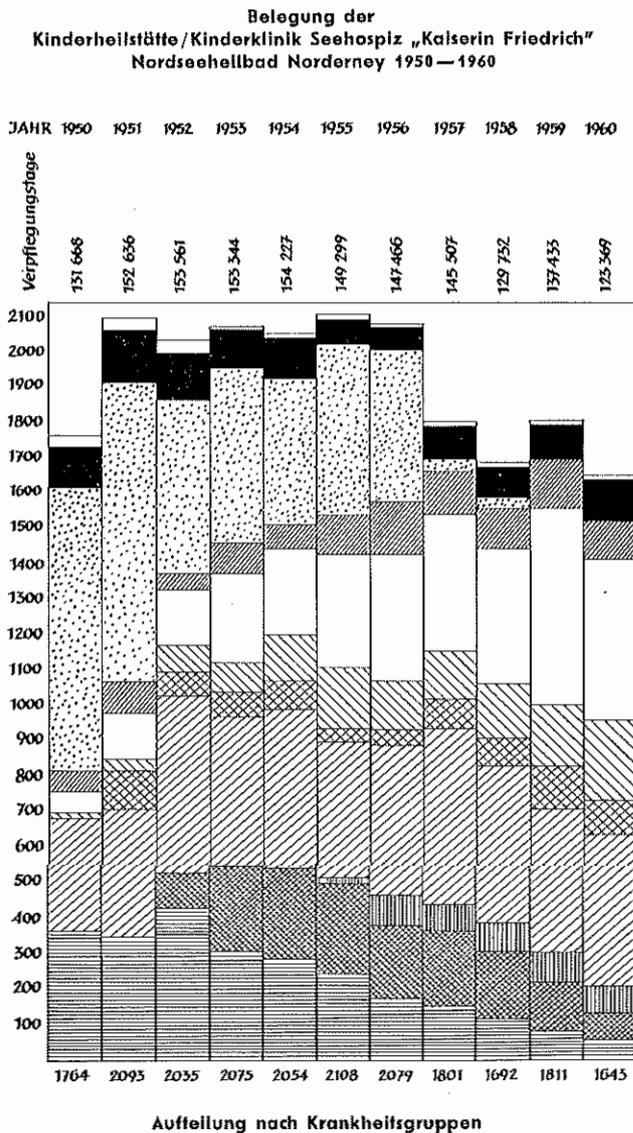
Im Jahre 1959 schenkte der neue Glockenturm eine Abrundung des Anstaltsbildes. Personalräume wurden in Haus 6 geschaffen und ebenso 1960 in Haus 2, 4 und 5. Gleichzeitig erstand eine neue Pfarrwohnung im Arzthaus, die Heizungen wurden teils erneuert oder auf Öl umgestellt. In Haus 3 kam eine Unterteilung des großen Hauses in 2 Unterabteilungen für überschaubare Kinderfamilien zur Durchführung. Die alte Isolierstation in Haus 10 wurde von Grund auf umgestaltet und nach neuesten Prinzipien modernisiert und eine neue Aufnahmeabteilung in unmittelbarer Nähe bei schärfster Trennung erstellt, die bei größeren Infektionen zu gemeinsamen Zwecken zusammengenommen werden können. Gleich nach dem Jubiläum folgte der Umbau auch von Haus 5. Ihm war vorangegangen der Um- und Überbau des alten stehengebliebenen Bunkers aus dem letzten Kriege zu einem Schwesternwohnheim, das die Raumnot für Schwestern entscheidend überwinden half.

Daß der Wiederaufbau gelingen konnte, hat in dem stets willigen und freudigen Miteinander von Ärzteschaft und Schwestern, von Mitarbeitern und Kindergärtnerinnen, von technischem und Hauspersonal seinen Grund. Nicht minder aber gebührt ein Wort des Dankes den staatlichen Stellen und den Entsendestellen, die vertrauensvoll unser Bemühen nicht nur unterstützt haben, sondern es als ihre Mitverantwortung ansahen, dem Seehospiz zu seiner alten und für heutige Erfordernisse erneuerten Bedeutung zu helfen. Wir wissen uns mit unserer kostbaren und oft schon früh und schwer erkrankten Kinderwelt unter das königliche Wort des Herrn der Geschichte gestellt:

„Und wer ein solches Kind aufnimmt in Meinem Namen, der nimmt Mich auf“. (Matth. 18 V. 5)

Winner.

Belegung der Kinderheilstätte / Kinderklinik Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in den Jahren 1950 — 1960



Einen Überblick über die Bewegung der Aufnahmeziffern gibt nebenstehendes Diagramm:

Zunächst ist der Anstieg der Belegziffern und ein Maximum 1955 zu erkennen. Dieses ist durch eine Anzahl kürzerer Kuren bedingt, so daß bei gleichviel belegten Betten etwas mehr Kinder aufgenommen werden konnten. Die 4 letzten Jahre zeigen deutlich die Verstärkung der Bautätigkeit in den Jahren 1958 und 1960, wodurch vorübergehend Betten für die Belegung ausfallen mußten.

In der verschiedenen Kennzeichnung der Säulenabschnitte fällt die starke Verminderung und schließlich Beendigung der spezialisierten Kurheilfürsorge auf. — Die Tuberkulose hat bei uns, wie allgemein, einen erfreulichen Rückgang erfahren. Den stärksten Anteil hat nach wie vor in den Jahren nach dem Kriege die Halslymphknotentuberkulose. Bei der Vermehrung der Kinder mit den sogenannten allergischen Krankheiten, also mit Asthma und Ekzem, ist besonders der starke Anstieg der Behandlungszahlen für das Ekzem hervorzuheben. Im Jahre 1960 waren es über 300.

Dieser zunehmenden Betonung der kranken Kinder entspricht auch eine gewisse Verschiebung bei den Kostenträgern. Der Anteil der Krankenkassen stieg in 10 Jahren von 1% auf 15% an. Als Herkunftsgebiet steht das Land Nordrhein-Westfalen mit großem Abstand an der Spitze, gefolgt von Niedersachsen und Bremen sowie dem Saarland. Hier wurden ebenso wie in Baden-Württemberg in den letzten Jahren häufiger Entsendungen vorgenommen.

Nach dem Kriege wurde erstmalig eine klinische Abteilung für direkte Einweisungen von Norderneyer Ärzten eingerichtet. Sie dient der Aufnahme von Kindern aller Altersstufen, von Einheimischen und Kurgästen sowie von Kindern aus den Kinder-Kurheimen.

Besonderer Erwähnung bedarf auch noch die Tatsache, daß uns von Jahr zu Jahr in stärkerem Umfang Kleinkinder zur Behandlung überwiesen wurden. Das Durchschnittsalter aller in einem Jahre behandelten Kinder sank innerhalb von 8 Jahren von 10 Jahren, 1 Monat auf 7 Jahre, 1 Monat, das mittlere Alter ($p=50$) von 10 Jahren, 8 Monaten auf nur 5 Jahre, 7 Monate. Am 15. 5. 1960 war sogar die Hälfte aller Kinder jünger als 5 Jahre, 3 Monate. Diese Zahlen machen leicht verständlich, wieviel mehr an pflegerischer Arbeit und ärztlicher Betreuung geleistet werden muß.

Der Erfolg der Behandlung in der Kinderheilstätte/Kinderklinik Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ in Norderney

Statistische Auswertung einer katamnestischen Erhebung über den Erfolg der Behandlung bei allen Kindern, die im Jahre 1959 entlassen wurden.

Hier in Norderney können wir zunächst nur den Verlauf während der Behandlung beurteilen. Wenn bei Kindern mit schwerem Asthma oder Ekzem ein günstiger Verlauf für Erholung und Kräftigung schon recht wesentlich ist, so zeigt sich der eigentliche Erfolg doch erst später zu Hause. Um hierüber Auskunft zu erhalten, haben wir für alle Kinder, deren Behandlung 1959 beendet wurde, ein Jahr nach der Entlassung aus dem Seehospiz eine Umfrage durchgeführt. Wir haben die Eltern — gegebenenfalls unterstützt durch die einweisenden Ärzte — auf vorgedruckten Karten um Auskunft über den Erfolg der Behandlung in Norderney, gemessen am Wiederauftreten der krankhaften Erscheinungen, gebeten. Nachstehend sind einige wichtige Ergebnisse dieser umfangreichen statistischen Erhebung dargestellt. Für 87,1% der Kinder hatten wir die erbetenen Auskünfte in ausreichender Genauigkeit erhalten.

Die Abb. 1 zeigt eine Zusammenstellung für alle 1477 Kinder mit den Angaben über die verschiedenen Stufen des Erfolges. „Sehr gut“ bedeutet, das Kind blieb frei von Krankheitserscheinungen, die Anlaß für die Klimakur waren. „Gut“: Krankheitserscheinungen traten erst nach Monaten auf und waren danach deutlich geringer als vor der Kur. „Mäßig“: Auftreten ebenfalls nach Monaten, dann aber nicht wesentlich geringer als vor der Kur. „Rückfall früh, danach besser“ ist unterteilt in leichtere und schwerere Rückfälle, beides innerhalb des ersten Monats. „Schlecht“ bedeutet früher Rückfall und danach nicht wesentlich besserer Verlauf oder keine Besserung des Zustandes. Außerdem ist angegeben, nach wieviel Monaten bzw. Tagen und Wochen die Rückfälle auftraten.

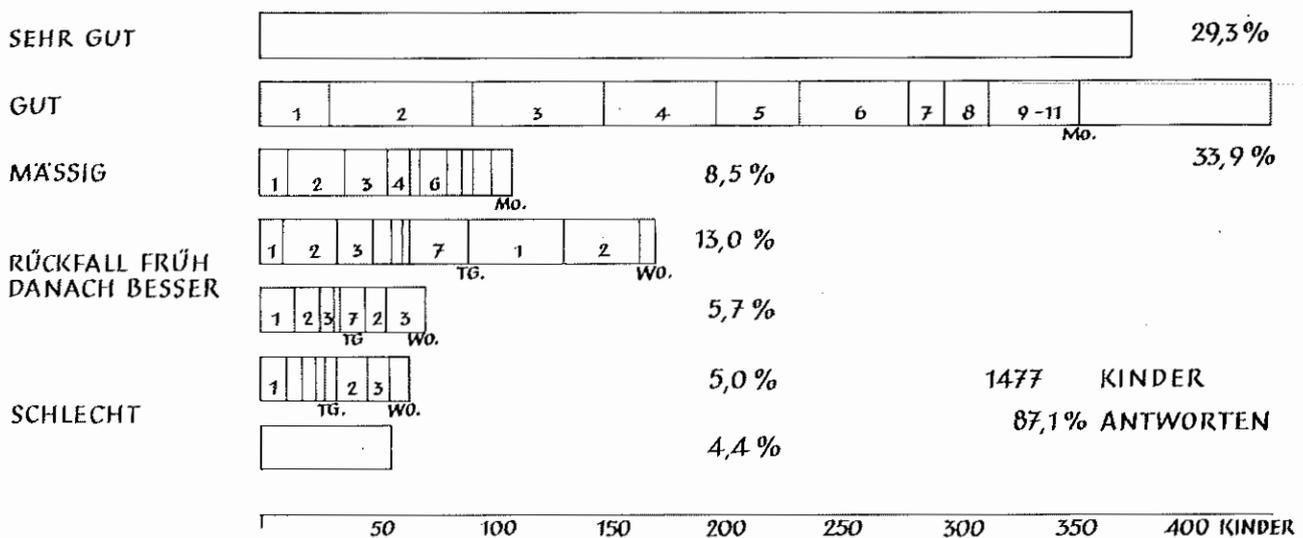


Abb. 1
Kurerfolg aller Heilstättenbehandlungen im Seehospiz Norderney 1959

Extrapulmonale Tuberkulose

Die Tuberkulose spielt bei uns zahlenmäßig nicht mehr dieselbe Rolle wie früher, doch hatten wir 84 Kinder mit der Diagnose extrapulmonale Tuberkulose im Jahre 1959 zu behandeln. Bei 80% wurde Freibleiben von krankhaften Erscheinungen angegeben, bei weiteren 14% wurden später Krankheitszeichen bemerkbar, der weitere Verlauf war jedoch ebenfalls leichter. Insgesamt waren es 48 Kinder mit Halslymphknotentuberkulose, über die wir 37 mal Antworten erhielten. 5 mal traten noch Krankheitserscheinungen auf, und zwar 1 mal im ersten, 4 mal im zweiten Halbjahr nach der Entlassung. Es zeigt sich also, daß die meistens kombinierte Therapie, klimatischer Einfluß und soweit möglich Radikaloperation, zu sehr guten Erfolgen geführt hat.

Asthma bronchiale

Die jetzt bei uns bedeutungsvollste Indikation ist das Asthma bronchiale. In vielen Fällen ist es so, daß allein durch den Aufenthalt an der See die Symptome sofort verschwinden, ein leichter oder auch stärkerer spasmodischer Befund ohne Medikamente innerhalb von 2 — 5 Tagen abklingt, und die Kinder erscheinungsfrei bleiben. Auch Zeichen

einer Herzinsuffizienz, wie Leberstauung mäßigen Grades, verlieren sich ganz von selbst, und die zunächst stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit bessert sich schnell und umfassend. Es ist inzwischen weitgehend bekannt, daß viele Asthmatiker an der See nicht unter Asthmaanfällen zu leiden haben und auch keinen asthmatischen Auskultationsbefund aufweisen, aber vielfach wird die Ansicht geäußert, daß nach Rückkehr an den Heimatort alles beim alten sei. Bei dieser skeptischen Einstellung ist immerhin mit Befriedigung festzustellen, daß bei 17% ein Jahr lang keinerlei Krankheitszeichen auftraten und bei weiteren 38% — zusammen also 55% — erst nach Monaten asthmatische Erscheinungen nachweisbar wurden. Es ist wichtig zu wissen, daß allein durch den erneuten Klimawechsel bei der Rückkehr an den Heimatort verhältnismäßig leicht innerhalb des ersten Monats oder auch schon innerhalb der ersten Woche Rückfälle auftreten können. Es ist dann dringend erforderlich, daß diese Befunde sachgemäß und schnell behandelt werden. Danach ist der Verlauf vielfach sehr viel günstiger als vor der Kur.

Häufig erfahren wir, daß die Abstände zwischen zwei Asthmaanfällen länger werden, die Anfälle im einzelnen nicht mehr so schwer sind oder medikamentös leichter beeinflusst werden können. Bei den großen Sorgen, die das Asthma der Kinder den Eltern bereitet, haben wir es oft erlebt, daß trotz eines frühen Rückfalles noch von einem fast 100%igen Erfolg gesprochen wird.

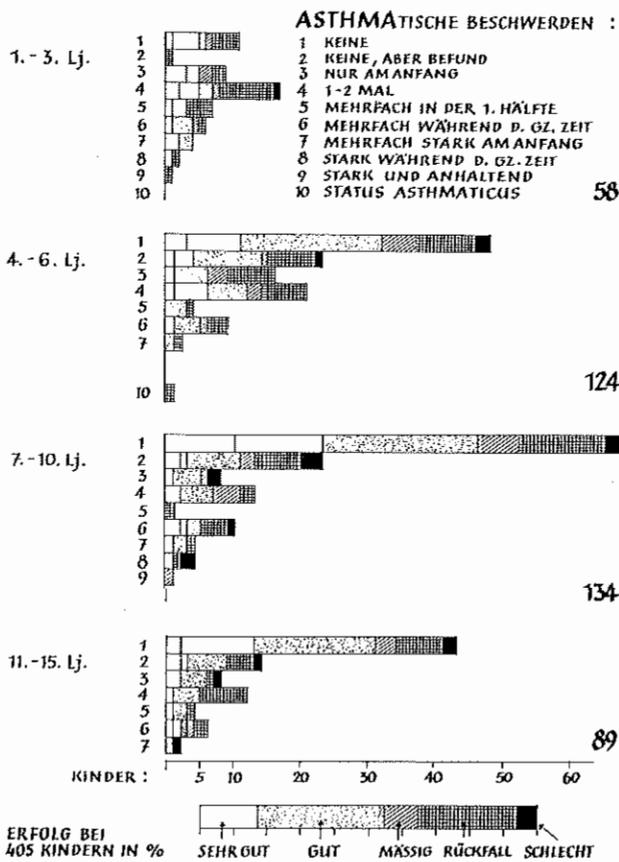


Abb.2

Kurerfolg bei Asthma bronchiale im Seehospiz Norderney 1959

Abb. 3 zeigt die Erfolge der Behandlung, aufgeteilt nach den verschiedenen Jahreszeiten. Es sind nur die Kinder berücksichtigt, bei denen die Kurdauer zwischen 2 und 4 Monaten lag, also in diesem Falle 337 Kinder. Es ergibt sich, daß die Unterschiede zwischen den Jahreszeiten nicht besonders groß sind. Bemerkenswerterweise kann man aber feststellen, daß besonders bei Berücksichtigung der vollen Erfolge und der Mißerfolge die Winterkuren am besten abschneiden. Zum Vergleich zwischen kürzeren und längeren Kuren darf man diese Zahl nicht heranziehen, etwa in dem Sinne, daß Kuren unter 2 Monaten das gleiche leisten, da bei den kurzen Kuren leichtere Krankheitszustände häufiger vorkommen als bei den anderen. Das gleiche gilt für die geringe Zahl von 7 Kindern, die länger als 4 Monate da waren, aber eben wegen schwererer Erkrankungen. Selbst bei allerschwerstem Asthma können noch gute Erfolge erzielt werden, wenn die Behandlung nur lange genug, 4—7 Monate, fortgesetzt wird. Selbstverständlich ist bei den schwersten Formen des Asthma bronchiale die Rückfallgefahr am größten. Erfreulicherweise hat sich aber herausgestellt, daß bei den 70 am schwersten betroffenen Kindern, die bei der Aufnahme einen Faßthorax oder Thorax piriformis und fixierte Schultergürtel aufwiesen, bei 48% innerhalb eines Jahres oder innerhalb vieler Monate gar keine Beschwerden mehr auftraten.

Es liegt nahe, nach Beziehungen zwischen dem Kurerfolg nach Rückkehr an den Heimatort und dem Verlauf während der Klimakur zu suchen. In diesem Sinne sind die 405 Fälle von Asthma bronchiale geprüft (Abb. 2). Bei 21 Kindern = 5,2% war ein stark gestörter Verlauf zu verzeichnen. Sie hatten starke oder häufige Beschwerden am Anfang, oder wiederholt Beschwerden während der ganzen Kur, oder starke und anhaltende Beschwerden oder in einem Fall einen Status asthmaticus, Ziffer 7—10. Bei diesen Kindern mit dem am stärksten gestörten Verlauf traten nur bei 1/7 Mißerfolge auf, das ist genau der gleiche Anteil, wie bei allen Asthmatikern zusammen. In der kleinen Gruppe „starke oder häufige Beschwerden am Anfang“ ist der Kurerfolg bei 3/4 mit „erscheinungsfrei geblieben“ oder „Erscheinungen erst nach Monaten“ am allergünstigsten von allen Gruppen bei Berücksichtigung des Verlaufes. 105 oder 29% der Kinder hatten während des ersten Monats Rückfälle, danach aber einen besseren Verlauf als vor der Kur, was bei diesen Krankheiten unbedingt bei der weiteren Behandlung zu Hause berücksichtigt werden sollte, etwa in dem Sinne, daß aus einem frühen Rückfall keineswegs die Indikation für eine Dauermedikation von Corticoiden abgeleitet werden darf. Es zeigt sich auch bei den jüngsten Kindern unter 3 Jahren, daß ein gestörter Verlauf an der See einen vollen Kurerfolg nicht ausschließt.

Asthma und Ekzem

Wir kommen nunmehr zur dritten Gruppe — Asthma und Ekzem. Wenn ein Kind an beiden Manifestationen, an Asthma und Neurodermitis bzw. Ekzem gleichzeitig leidet, so ist es ohne weiteres verständlich, daß die vollen Erfolge mit Ausbleiben aller Krankheitserscheinungen über mehr als ein Jahr selten sein müssen, bei 126 Kindern waren dies im Durchschnitt über alle Altersstufen 6% (Abb. 4). Groß aber ist der Anteil der Kinder, die nach Monaten Erscheinungen aufwiesen bei anschließend leichterem Verlauf, sowie derjenigen Kinder, die nach Rückfällen während des ersten Monats doch noch eine Besserung zeigten. Mit diesen im ganzen guten Erfolgen kommen wir immerhin auf 77%. Die Kinder dieser Gruppe, die im Winter zur Behandlung kamen, wiesen etwas schlechtere Erfolge als die anderen auf. Dies ist wohl am ehesten durch die große Empfindlichkeit der Haut gegen alle äußeren Reize zu verstehen.

Ekzem

Das endogene Ekzem ist die Krankheitsgruppe, die an Häufigkeit unter unseren Kindern während der letzten 10 Jahre am stärksten zugenommen hat, und der als Indikation für die Klimatherapie an der Nordsee in zunehmendem Maße Bedeutung beizumessen ist. Bei diesen Kindern kommt es verhältnismäßig häufig vor, daß sie von Kliniken, oft auch Universitäts-Hautkliniken, direkt zu uns verlegt werden. Außerdem ist bemerkenswert, daß aus einem Südwestdeutschen Bundesland eine relativ besonders große Zahl von Kindern mit dieser Diagnose eingewiesen wird, und daß der Anteil ständig im steigen ist. Es ist daraus zu erkennen, daß diese Kliniken und Kollegen auf Grund ihrer persönlichen Erfahrungen mit der Klimatherapie in ihr einen großen Nutzen sehen, da auch durch die moderne Therapie zwar ein kurzfristiger Erfolg, aber doch leider bei weitem keine Heilung erzielt werden kann. Bei leichteren Fällen von Neurodermitis kommt es ganz von selbst zu einer Besserung des Zustandes. Selbstverständlich sind die Fälle nicht selten, bei denen innerhalb von wenigen Tagen eine erhebliche Besserung des Befundes herbeigeführt werden kann, was ja auch in der Klinik meist der Fall ist, zumal wenn eine mangelhafte Pflege vorausgegangen ist. Bei sehr schweren Erkrankungen muß man im Laufe der Wochen mit Rezidiven rechnen, nachdem meistens innerhalb von 2—3 Wochen die Symptome weitgehend gebessert werden können. Ähnlich wie bei anderen Krankheitsgruppen nimmt die Bereitschaft zu krankhaften Erscheinungen im Sinne von Exacerbationen im Laufe der Wochen ab. In manchen Fällen, die als schlechter Kurerfolg gewertet wurden, handelt es sich um sehr leichte Restzustände, die zwar nicht beseitigt werden konnten, die aber doch nur verhältnismäßig wenig Beschwerden verursachen.

Zeichen-
erklärung
für Abb. 3 bis 5

KEINE BESSERUNG
SCHWERER RÜCKFALL-BESSER
LEICHTER RÜCKFALL-BESSER
ERSCHEINUNGEN SPÄT
DANN WENIG BESSER
ERSCHEINUNGEN SPÄT
DANACH LEICHTER
ERSCHEINUNGSFREI GEBLIEBEN



KURDAUER 2 BIS 4 MONATE

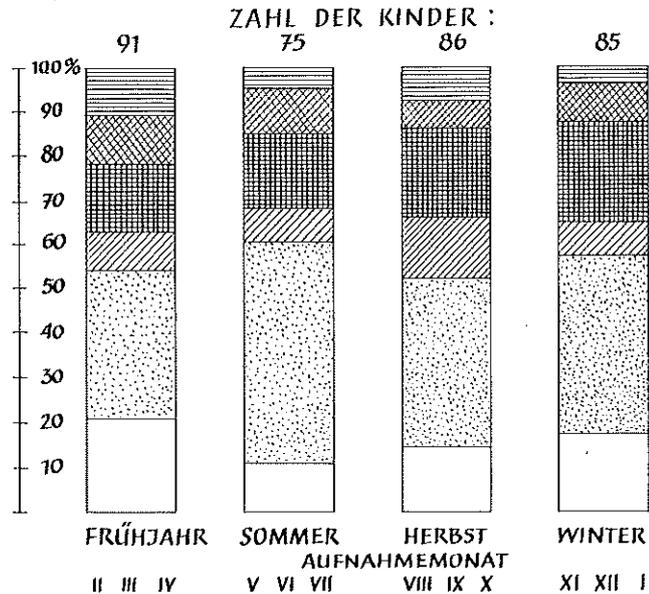


Abb. 3

Kurerfolg bei Asthma bronchiale im Seehospiz Norderney 1959

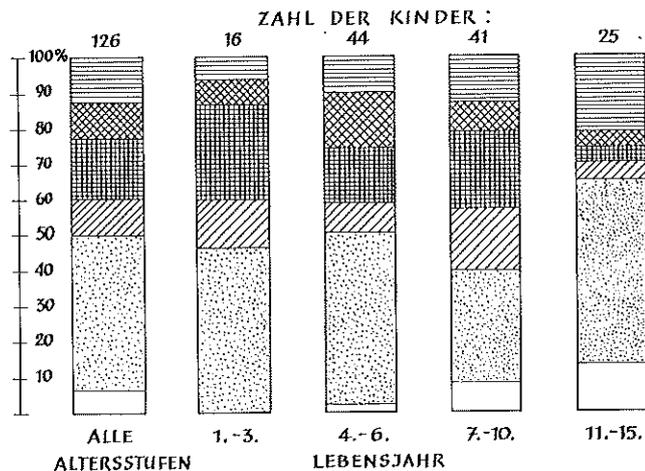
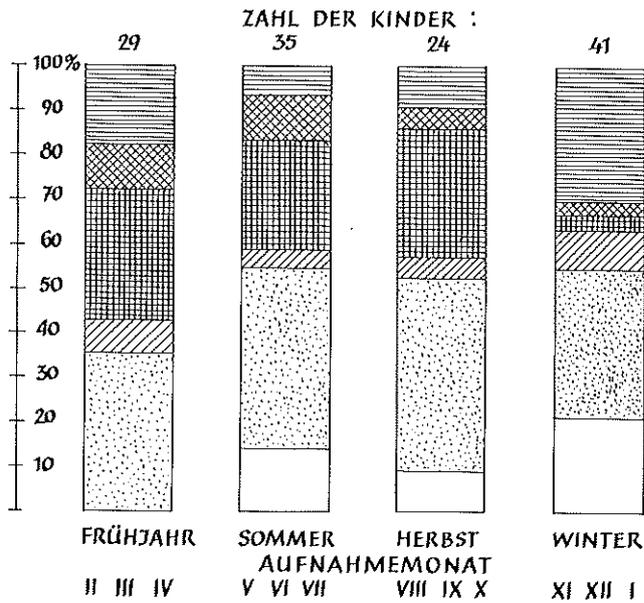


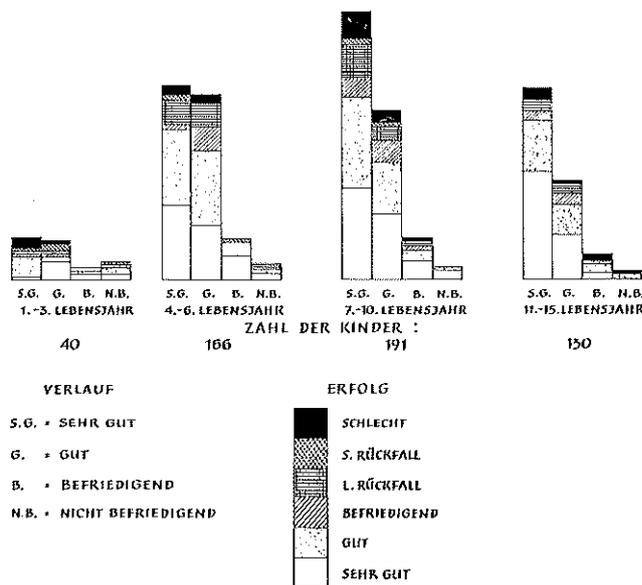
Abb. 4

Kurerfolg bei Asthma und Ekzem im Seehospiz Norderney 1959



Kurerfolg bei Ekzem im Seehospiz Norderney 1959

reichenden Erfolg geführt hatten. So ergibt sich in den verschiedenen Altersstufen ein Grund dafür, daß Unterschiede nicht in markanter Weise hervortreten. Bei einer Aufteilung nach Jahreszeiten zeigt sich, daß die Sommer- und Herbstkuren im Beobachtungsjahr am erfolgreichsten gewesen sind, ohne daß schon verbindliche Schlüsse zulässig sind. Die Verteilung der Schweregrade der Erkrankung unter Berücksichtigung des Verlaufs ergab für den Herbst etwas leichtere Erscheinungsformen als für die anderen Jahreszeiten, so daß das günstige Ergebnis für diese Jahreszeit vorgetäuscht sein kann (Abb. 5).



Kurerfolg bei Erkrankungen der Atemwege im Seehospiz Norderney 1959

Jeder einzelnen Gruppe die starken Schraffierungen und schließlich schwarzen Flächen dominieren könnten. Es zeigt sich, daß das nicht der Fall ist, sondern daß auch bei einem gestörten Verlauf, der nur als befriedigend oder nicht befriedigend bezeichnet werden mußte, durchaus befriedigende, gute oder sehr gute Erfolge eingetreten sind.

Es zeigt sich auch hier wieder, daß kein direkter und straffer Zusammenhang zwischen Verlauf während der Behandlung und Erfolg nach Rückkehr an den Heimatort besteht. Auch wenn es hier zu Schüben kam, war zum Teil der Erfolg zu Hause sehr gut und bei einem noch größeren Anteil als gut zu bezeichnen. Auch beim endogenen Ekzem sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen, und zwar bei Aufteilung nach den Altersstufen 0 — 3 Jahre, über 3 — 6 Jahre, über 6 — 10 Jahre und über 10 — 14 Jahre nicht sehr eindrucksvoll. Es ist dabei zu bedenken, daß einerseits bei den Kleinkindern unter etwa 2 Jahren die Neigung zur spontanen Besserung relativ groß ist, wie die Untersuchungen über die Prognose des Ekzems gezeigt haben, daß andererseits aber diese Erkrankungen besonders häufig sehr ausgeprägt und außerordentlich schwer mit enormem Juckreiz gewesen sind. Bei den ältesten Kindern handelt es sich dagegen zum Teil um solche mit Wiederholungskuren bei uns oder bei vorausgegangenem Aufenthalt auf anderen Inseln, bei denen durch die intensive Klimatherapie das Leiden weitgehend beseitigt werden konnte, oder aber um besonders schwere Erkrankungsformen, bei denen die bisherigen Maßnahmen noch nicht zum aus-

Erkrankungen der Atemwege

Das nächste Kapitel betrifft die Erkrankungen der Atemwege. Bronchiektasen und die speziellen Erkrankungen des HNO-Gebietes, die Sinusitis maxillaris oder chronische Otitis media wurden gesondert betrachtet. Auf diese Gruppen entfallen zusammen 26 Kinder. Es verbleiben alle rezidivierenden und chronischen Infekte der Atemwege von der gewöhnlichen Anfälligkeit für Infekte der oberen Luftwege bis zur chronischen Bronchitis. Hierbei handelt es sich um 527 Kinder. Auf Abb. 6 ist wieder der Versuch gemacht, verschiedene Gesichtspunkte gemeinsam darzustellen. Wie immer geht es um die Beurteilung des Erfolges auf Grund der statistischen Erhebung in der stets wiederkehrenden Art der Darstellung mit Schraffierung. Außerdem ist der Verlauf auf Grund von Störungen, die durch pathologische Befunde oder interkurrente Infekte der Luftwege aufgetreten waren, beurteilt. Als dritter Gesichtspunkt ist eine Trennung in Altersstufen für das 1. bis 3., 4. bis 6., 7. bis 10. Lebensjahr und darüber vorgenommen worden. Zunächst ist die Gruppe der Kinder unter 3 Jahren mit Abstand am schwächsten vertreten. Nun liegt der Gedanke nahe, daß einem schlechten Verlauf auch ein schlechter Kurerfolg entspricht, d. h., daß in der vierten Säule von links in

Die Besorgnis der Eltern über jeden auch an der See auftretenden Infekt besteht also nicht immer zu recht. Es ist ja auch keineswegs zu erwarten, daß Kinder, die zu Hause in kurzen Abständen fieberhafte Infekte durchgemacht haben, hier plötzlich dauerhaft völlig frei von derartigen Erscheinungen bleiben müßten, wenn es auch, zumal bei älteren, oft zu beobachten ist. Bei den Kleinkindern ist es sogar so, daß bei besonders gestörtem Verlauf noch recht gute Erfolge erzielt wurden. Bei den folgenden Altersgruppen ist die Verteilung der Kurerfolge auf die verschiedenen Verlaufsarten ziemlich gleichmäßig und ohne bemerkenswerte Besonderheiten. Daraus kann nur der Schluß gezogen werden, daß bei einer immerhin so großen Zahl von Beobachtungsfällen die verschiedenen Empfindlichkeitstypen etwa gleichmäßig verteilt sein dürften, und daß leichte interkurrente Störungen auf den Erfolg bei einer ausreichenden Behandlung ohne entscheidenden Einfluß sind. Ganz derselbe Eindruck entsteht auch, wenn zur Verlaufsbeurteilung allein die Zahl der interkurrenten Infekte ohne Berücksichtigung der Schwere und der Dauer der einzelnen fieberhaften Infekte herangezogen wird. Auch dabei bleibt die Verteilung auf die verschiedenen Erfolgsgruppen fast die gleiche, so daß der Erfolg von den eventuellen Zufälligkeiten des Verlaufes, also etwa Infekten, die in einem Zimmer von Kind zu Kind weitergegeben werden, nicht entscheidend abhängig ist. Das Gesagte gilt aber immer unter der Voraussetzung relativ langer Kuren, die in den meisten Fällen bei 3 Monaten lagen. Daß das gleiche nicht bei einem Aufenthalt von 4 Wochen erwartet werden kann, liegt nahe.

Wichtig ist stets die Frage, welche Jahreszeiten für Klimakuren an der See geeignet sind. So haben wir auch für diese 553 Kinder mit Erkrankungen der Atemwege die Kurerfolge für die einzelnen Jahreszeiten, und zwar getrennt für die vier Altersstufen, festgestellt. Die zahlenmäßige Stärke in den einzelnen Altersstufen ist recht unterschiedlich, und zwar sind es von den kleinsten Kindern bis zu 3 Jahren 42, bei den anderen Kindern jeweils zwischen 150 und 200. In zwei Richtungen ergeben sich Auffälligkeiten, und zwar zunächst einmal für die älteren Schulkinder. Diese zeigen besonders gute Erfolge im Frühjahr und ganz besonders im Winter, die deutlich höher liegen als im Sommer, wenn die Unterschiede nach den statistischen Regeln auch noch nicht als signifikant gelten können. Weiterhin ist auffällig, daß dieses nicht für Kleinkinder gilt. Diese haben ausgezeichnete Kurerfolge im Sommer, dabei aber schlechtere im Herbst. Als Herbst haben wir die Aufnahmemonate August, September, Oktober genommen, da die Behandlungszeit, die ja meist 3 Monate dauert, für die Jahreszeitenbeurteilung mit eine Rolle spielt. Die Erklärung ist wohl dadurch gegeben, daß bei der Empfindlichkeit der Kleinstkinder der Sommer geringere Ansprüche an das Regulationsvermögen stellt, und daß andererseits die Rückkehr von den günstigen Bedingungen des Nordseeklimas in die Heimatgebiete, also meist Großstädte und insbesondere Industriestädte mit den ungünstigen Luftverhältnissen des Spätherbstes und Winters, Anforderungen an den kleinkindlichen Organismus stellt, denen dieser nicht gewachsen ist. Geringere Erfolge der Behandlung im Herbst sind wohl mehr in diesem Sinne zu deuten, als daß der Aufenthalt an der See in dieser Zeit ungünstiger sein müßte.

75jähriges Jubiläum

Aus Anlaß des 75jährigen Bestehens der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ auf Norderney fand eine Jubiläumsveranstaltung im Festsaal des Seehospizes statt.

Zeiteinteilung:

Freitag, 26. Mai 1961	9.30 Uhr	Vortrag Herr P a h l, Dipl.-Meteorologe, Norderney „Eigenheiten des Klimas der Nordseeinseln“ Besichtigung der Welterwarte und Medizin-meteorologischen Beratungsstelle	
	16.00 Uhr	Vortrag „Erfolgsaussichten der Klimatherapie an der Nordsee“	(Menger)
		Klinische Demonstrationen Tuberkulose der Halslymphknoten	(Schmidt)
		Asthma bronchiale	(Sommer)
		Neurodermitis	(Mielke)
		Erkrankungen der Atemorgane	(Menger)
		Krankengymnastik	
Sonnabend, 27. Mai 1961	9.30 Uhr	Jubiläums-Feier Konsistorialrat W i n n e r, Bad Harzburg Begrüßung Priv.-Doz. Dr. M e n g e r, Norderney „Medizin-historischer Rückblick auf die Entwicklung der Meeresheilkunde und der Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ auf Norderney“	
	13.00 Uhr	Gemeinsames Mittagessen mit den auswärtigen Gästen im Speisesaal	
	15.30 Uhr	Wissenschaftliche Vorträge Dr. M o d d e, Berlin „Die Bedeutung der Gesundheitserziehung im Kindesalter unter Mitberück- sichtigung der Schul-Gesundheitserziehung“ Dr. med. dent. O l t m a n n s, Leer „Beeinträchtigung des Erfolges von Klimakuren durch die Caries des Milchgebisses“ — Pause — Priv.-Doz. Dr. B i e s a l s k i, Mainz „Das infektanfällige Kind aus der Sicht des HNO-Arztes“ Obermedizinalrat Dr. M a n e k e, Hannover „Zur Kritik und Differential-Diagnose vermeintlicher rachitischer Rest- und Folgezustände am kindlichen Skelett“ Prof. Dr. v. H a r n a c k, Hamburg „Die Prognose des Asthma bronchiale“ Dr. med. P ü r s c h e l, Norderney „Corticoid-Therapie und Nebenwirkungen beim konstitutionellen Ekzem mit oder ohne Asthma - Klimatherapie an der Nordsee“	
Sonntag, 28. Mai 1961	10.00 Uhr	Fest-Gottesdienst Konsistorialrat W i n n e r	
	12.00 Uhr	Mittagessen im Speisesaal	
	16.00 Uhr	Kaffeetafel im Festsaal	

Bei der Jubiläumsfeier am 27. Mai 1961 sprachen nach der Begrüßung:

Oberregierungs- und Medizinalrat Dr. van Hove, Aurich, Regierung
Prof. Dr. Lossen, Mainz, Johannes-Gutenberg-Universität
Landesrat a. D. Dr. Wolters, Münster i. W.,
1. Vorsitzter der Arbeitsgemeinschaft der Sozialen Heime auf Norderney
Bürgermeister Willi Lührs, Norderney
Kurdirektor Sibbersen, Norderney
Direktor Maucher, Emden, Landesverkehrsverband Ostfriesland

An der Feier nahmen über 100 Gäste teil. Die Jubiläumsveranstaltung war mit einer Exkursion von 35 Studenten der Universität Mainz unter Führung der Herren Prof. Dr. Lossen, Prof. Dr. Köttgen und Prof. Dr. Diethelm verbunden. Die Studenten waren vom 24. bis 27. Mai 1961 auf der Insel. Am 25. Mai 1961 fand eine Vorlesung über „Physiologische Wirkungen des Meeresklimas“ und eine „klinische Vorlesung über Asthma und Ekzem mit Krankenvorstellung“ statt. Besichtigungen der Wetterwarte und am Nachmittag der Kureinrichtungen des Staatsbades nach einem einleitenden Vortrag des beratenden Badearztes der Kurverwaltung Herrn Dr. Winkler über die „Indikationen bei Erwachsenen“. Eine Rundfahrt über die Insel schloß sich an. Die Vorlesung am nächsten Tage befaßte sich mit „Erkrankungen der Atemwege und Indikationen für die Thalassotherapie“. Danach wurden Heilstätte und Klinik besichtigt. Im übrigen nahmen die Studenten an den Jubiläums-Veranstaltungen teil. Sie mußten am Sonnabend nach der Jubiläums-Feier die Heimreise antreten.

Ärztlicher Jahresbericht 1960

Einleitung

Wie in den vergangenen Jahren war es wieder das Ziel der Behandlung in der Kinderheilstätte, die günstigen Einflüsse des Nordseeklimas bei den in Betracht kommenden Krankheiten zur Wirkung kommen zu lassen. Da das Nordsee-Reizklima keineswegs unbedeutend ist und leider allzuoft in seiner Wirksamkeit unterschätzt wird, findet zunächst eine gründliche Aufnahme-Untersuchung unter Einschluß der Laboratoriums- und Röntgenbefunde statt. Bei der großen Zahl der Kinder mit schweren Leiden ist oft eine medikamentöse Behandlung erforderlich. Im Vordergrund steht aber die systematische Ausnutzung der klimatischen Bedingungen, wobei auf die Dosierung der Reize nach Alter, Kräftezustand und Organbefund besonders geachtet wird. Im Vordergrund stehen Spiel im Freien und Spaziergänge am Strand und auf der Strandpromenade sowie in den geschützten Teilen der Insel. Norderney bietet neben den Dünen durch die Kuranlagen und das Kiefernwäldchen besonders gute Voraussetzungen für den Aufenthalt im Freien bei jeder Jahreszeit und Witterung. Für die Kleinsten steht uns eine große geschützte Terrasse zur Verfügung. Das Baden in der See im Sommer und ganzjährig im Seewasser-Wellenschwimmbad sowie warme Seewasserbäder stellen die Ergänzung dar. Atemgymnastik und orthopädisches Turnen unter Leitung von zwei Krankengymnastinnen wurden in möglichst großem Umfang durchgeführt. Diese Maßnahmen sind bei den Asthmatikern, die in kleinen Gruppen oder einzeln behandelt werden, besonders wichtig. — Die Schulkinder erhielten wie früher durch eigene Lehrkräfte Unterricht.

Im Rahmen der ständigen Renovierungen wurde die Isolierstation vollkommen neu gestaltet. Sie besteht aus zwei selbständigen Teilen, und zwar dient die eine Seite der Aufnahme von Kindern mit Infektionskrankheiten, die andere Seite ist vorwiegend für Inkubierte vorgesehen. Die Größe der beiden Abteilungen kann durch drei auf dem Flur eingebaute Glasüren nach Bedarf verändert werden. Es sind insgesamt 12 Zimmer mit ein bis vier, insgesamt über 30 Betten vorhanden. — Haus 3 wurde völlig umgebaut, wobei zwei getrennte Stationen für Kleinkinder, im Erdgeschoß mit 18 Betten und im 1. Stock mit 28 Betten entstanden.

Im Jahre 1960 wurden in der Kinderheilstätte und Kinderklinik stationär behandelt:

Belegung von Klinik und Heilstätte am 1. 1. 1960	302
Aufnahme von Kindern im Berichtsjahr	1 593
Aufnahme von Personal im Berichtsjahr	+ 3
<i>Gesamtzahl der Personen, die im Jahre 1960 in unserem Hause aufgenommen waren</i>	<u>1 898</u>
Belegung von Klinik und Heilstätte am 1. 1. 1961 (davon Personal 2)	— 255
Der Bericht wird demnach erstattet über folgende Patienten	<u>1 643</u>

Im Jahresbericht 1960 sind erfaßt:

Kinder der Heilstätte	1 373
Kinder der Klinik aus Norderney (und Baltrum)	116
Kinder vom Landesfürsorgeverband Bremen	151
Personal	3
	<u>1 643</u>

Wohnorte der Kinder der Heilstätte:

Großstädte über 500 000 Einwohner	428
Großstädte mit 100 000 bis 500 000 Einwohnern	273
Mittelstädte mit 30 000 bis 100 000 Einwohnern	213
Kleinstädte unter 30 000 Einwohner	227
Gemeinden	232
	<u>1 373</u>

Die im Seehospiz behandelten Kinder kamen aus folgenden Gebieten:

	Tuberkulose	Asthma	Asthma und Ekzem	Ekzem	Erkrankungen d. Atemwege	Sonstige Krankheiten	Klinik, Isolierstation	Personal	Summa
Norderney und Ostfriesland	1				1	2	55	3	62
Bayern			2	5	1		1		9
Berlin					2	1			3
Bremen	154	2	2	3	4	1	1		167
Hamburg / Schleswig-Holstein		6		5	12	2			25
Hessen		7	1	8	2	1	3		22
Mitteldeutschland					1				1
Niedersachsen	16	65	17	40	40	12	14		204
Nordrhein-Westfalen	38	341	70	145	381	84	41		1 100
Rheinland-Pfalz		4	2	2	1				9
Saargebiet		3	3	16	4	4			30
Württemberg-Baden		1		3	4	2	1		11
	209	429	97	227	453	109	116	3	1 643

I. Tuberkulose

a) Landesfürsorge-Verband Bremen

Wie schon in den vergangenen Jahren wurden uns wieder durch die Tuberkulose-Fürsorge der Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven Kinder zu 7-wöchigen Kuren überwiesen. Die Hälfte dieser 151 Kinder hatte eine Primär-Tuberkulose durchgemacht, während die anderen aus einem tuberkulösen Milieu stammten, ohne selbst tuberkulose-infiziert zu sein. Eine sichere Aktivität des Prozesses bestand bei keinem Kinde mehr.

Familiäre Tuberkulosebelastung:	Tbc.-Belastung vorhanden	116
	Keine Tbc.-Belastung	20
	Nicht bekannt	15
		151

Diagnosen:

Hilus-Lymphknoten-Tbc.	37	Tuberkulös infizierte Kinder ohne manifesten Befund	22
Knochen-Tbc.	1	Adipositas	3
Mesenteriallymphknoten-Tbc.	1	Infektanfälligkeit	4
Paratracheallymphknoten-Tbc. (Kalkschatten)	1	Erholungsbedürftigkeit	
Pleuritis tbc.	1	(Tuberkulin-negativ, Tuberkulosegefährdung)	68
Primärinfiltrate	2		
Primärkomplex der Lunge	11		151

Alter bei der Aufnahme		4.—6. Lebensjahr	7.—10. Lebensjahr	11.—14. Lebensjahr	über 14 Jahre	Zusammen		
Primär-Tbc. der Lunge	Jungen	3	13	16	—	32	76	
	Mädchen	3	6	10	—	19		
Sonstige Tbc.	Jungen	4	3	6	—	13		
	Mädchen	1	6	4	1	12		
Erholungsbedürftigkeit (nicht tbc.-infiziert)	Jungen	15	28	13	1	57		75
	Mädchen	—	11	7	—	18		
		26	67	56	2		151	

Folgende Behandlungsvorschläge wurden der Entsendestelle nach Abschluß der Kur gemacht:

Adeno-Tonsillektomie	3
Augenärztliche Behandlung	1
Klinische Untersuchung	1
Kurwiederholung	5
Zahnsanierung	14

1 Kind wurde mit akuter Pyelonephritis aus unserer Klinik nach Bremen verlegt.

Kurerfolg		Sommer				Winter				
		sehr gut	gut	mäßig	unge-nügend	sehr gut	gut	mäßig	unge-nügend	
Primär-Tbc. der Lunge	Jungen	1	18	2	1	1	5	3	1	32
	Mädchen	2	12	3	—	—	1	1	—	19
Sonstige Tbc.	Jungen	1	6	2	—	1	3	—	—	13
	Mädchen	—	4	1	—	—	5	2	—	12
Erholungsbedürftigkeit (nicht tbc.-infiziert)	Jungen	1	22	3	—	—	25	5	1	57
	Mädchen	2	6	1	—	—	8	1	—	18
		7	68	12	1	2	47	12	2	151

b) andere Entsendestellen:

Gesamtübersicht:

Entsendestellen und Art der Erkrankung	LVA				Sozial- ämter	Kranken- kassen	Sonstige Kosten- träger	Zahl der Kinder
	Düssel- dorf	Mün- ster	Han- nover	Son- stige				
1. Hilus- und Lungen-Tbc.	6	—	—	—	—	1	1	8
2. Knochen- und Gelenk-Tbc.	2	—	—	—	—	—	—	2
3. Halslymphknoten-Tbc.	16	2	14	2	3	—	2	39
4. Mesenteriallymphknoten-Tbc.	7	1	—	—	—	—	—	8
5. Sonstige Tbc.-Formen	1	—	—	—	—	—	—	1
	32	3	14	2	3	1	3	58

Alter bei der Aufnahme				Verlaufsbeurteilung bei allen an Tuberkulose erkrankten Kindern				
Jahre	Jungen	Mädchen	Zusammen	Kurbeginn im Monat	sehr gut	gut	befriedi- gend	Zusammen
2	1	—	1	Januar	—	1	—	1
3	—	1	1	Februar	—	4	1	5
5	1	4	5	März	—	4	—	4
6	1	4	5	April	2	8	—	10
7	3	1	4	Mai	1	2	1	4
8	3	2	5	Juni	—	3	1	4
9	1	5	6	Juli	—	—	—	—
10	2	6	8	August	6	5	2	13
11	4	5	9	September	—	4	1	5
12	1	4	5	Oktober	4	3	1	8
13	3	4	7	November	1	3	—	4
14	1	1	2	Dezember	—	—	—	—
	21	37	58		14	37	7	58

1. Hilus- und Lungentuberkulose

Die Einweisungen wegen extrapulmonaler Tuberkulose waren auch im Berichtsjahr wieder geringer als früher, im allgemeinen waren es auch keine schweren Krankheitszustände.

Bei 8 Kindern lautete die Diagnose: Hiluslymphknoten-Tuberkulose.

Bei 1 Kinde waren mehrfach Krankenhausbehandlungen, bei 2 Kindern Kuren im Binnenland und bei 1 Kinde Kuren im Binnenland und im Gebirge vorausgegangen. Alle 8 waren zum erstenmal im Seehospiz. 5 mal waren verkalkte Hilus-Paratracheal-Lymphknoten nachweisbar. Die Tuberkulose konnte in allen Fällen als inaktiv bezeichnet werden.

Die Gesamterholung war bei 3 Kindern sehr gut, bei 5 Kindern gut. Die Behandlungsdauer betrug bei 6 Kindern 3 Monate, bei je 1 Kinde 2 bzw. 4 Monate.

2. Knochen- und Gelenktuberkulose

Bei einem 10 Jahre alten Jungen handelte es sich um eine Hüftgelenktuberkulose, die im 3. Lebensjahr aufgetreten war. Es bestand jetzt eine Versteifung in leichter Beugstellung mit geringer Außenrotation und Muskelatrophie. Die Kur sollte zur Hebung des Allgemein- und Kräftezustandes vor einer Operation durchgeführt werden.

Bei einem 11 Jahre alten Mädchen handelte es sich um eine Wirbelsäulentuberkulose, die im 7. Lebensjahr begonnen hatte und jetzt mit einer leichten Kypho-Skoliose verbunden war.

Beide Kinder hatten bereits Kuren im Binnenland durchgemacht und waren zum erstenmal im Seehospiz. Die Diagnose war durch Röntgenaufnahmen gesichert, der Befund war jetzt nicht mehr als aktiv zu betrachten, so daß eine konservative Klimatherapie ohne Tuberkulostatica durchgeführt werden konnte. Die Behandlungsdauer betrug bei beiden Kindern 3 Monate. Der Behandlungseffekt war bei dem Jungen als sehr gut und bei dem Mädchen als gut zu bezeichnen.

3. Halslymphknoten-Tuberkulose

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Im Säuglingsalter	2
" 2. Lebensjahr	1
" 3. bis 4. Lebensjahr	4
" 5. bis 6. "	10
" 7. bis 8. "	5
" 9. bis 10. "	5
" 11. bis 14. "	7
Unbekannt	5
	<hr/>
	39

Vorausgegangene Behandlung:

Nur Krankenhaus	20
Krankenhaus mehrfach	3
Kuren im Binnenland	2
Kuren an der See, im Seehospiz	5
Unbekannt	9
	<hr/>
	39

Therapie der Tuberkulose vor der Aufnahme:

Punktion, Incision und Probeexzision	12
Radikaloperation der Halslymphknoten	18

Befund bei der Aufnahme:

Tumorös-abscedierend, einmal doppelseitig	2
Fistelnd	9
Scrophuloderm	2
Abgeheilt, einmal doppelseitig	20
Fehldiagnosen	6
	<hr/>
	39

Bei der Aufnahme fanden sich auf den Röntgenaufnahmen Kalkschatten am Halse 6 mal, in den Hilus- und Paratracheal-Lymphknoten 2 mal, in der Lunge 2 mal, im Abdomen 1 mal.

Bei 3 Kindern waren Röntgenbestrahlungen der Halslymphknoten durchgeführt worden. Diese Therapie halten wir nicht für zweckmäßig, da es meist doch nicht zu einer Heilung kommt, andererseits Narbenbildung eine Radikaloperation erschwert, und das kosmetische Ergebnis beeinträchtigt wird.

Befund der Rachen- und Gaumentonsillen:

Rachen- und Gaumenmandel unauffällig	22
Adenoide vorhanden	2
Tonsillenhypertrophie vorhanden	2
Chronische Tonsillitis	2
Adenotomie durchgeführt	1
Tonsillektomie durchgeführt	9
Adenotonsillektomie durchgeführt	1
	<hr/>
	39

Sicherung der Diagnose:

Operation mit histologischer Sicherung	10
Operation mit bakteriologischer Sicherung	3
Operation ohne histologische oder bakteriologische Bestätigung	5
Sicherung durch Röntgenaufnahme	2
Diagnosenstellung nur klinisch	10
Sicherungskuren	3
Fehldiagnose: Tuberkulinprobe positiv, unspezifische Lymphadenitis	1
Tuberkulinprobe negativ	5
	<hr/>
	39

Behandlung im Seehospiz:

Keine aktive Tuberkulose mehr	19
Spontane Rückbildung, einmal nach Tonsillektomie	7
Incision, anschließend Rückbildung	1
Radikaloperation, keine Tonsillektomie	3
Radikaloperation, früher Tonsillektomie	2
Radikaloperation, vorher Tonsillektomie	1
Wundheilung 5 mal p. p.	<hr/>
	33
" 1 mal p. s.	
Tonsillentuberkulose histologisch nachgewiesen	1

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	1
" " 2 Monaten	3
" " 3 "	20
" " 4 "	11
" " 5 "	4
	<hr/>
	39

14 Fälle waren bei der Aufnahme aktiv, mit Ausnahme von 1 konnten sie bei der Entlassung als inaktiv angesehen werden.

4. Mesenteriallymphknoten-Tuberkulose

Es handelte sich um 8 Kinder, bei denen die Krankheit 1 mal im 3. bis 4., 1 mal im 7. bis 8., 1 mal im 9. bis 10. und 3 mal im 11. bis 14. Lebensjahr begonnen hatte. 2 mal war der Beginn nicht bekannt.

Nur eines der Kinder hatte bereits eine Kur im Gebirge und an der See mitgemacht, 4 Kinder waren nur im Krankenhaus behandelt worden, bei allen war es die erste Kur im Seehospiz.

Die Sicherung der Diagnose erfolgte einmal durch Operation mit histologischer Untersuchung, einmal durch Operation ohne histologische oder bakteriologische Bestätigung. 2 mal fanden sich Kalkschatten im Abdomen. Bei 3 Kindern war bei positiven Tuberkulinproben der Befund nur gering, so daß die Diagnose nicht als gesichert betrachtet werden konnte. Einmal handelte es sich bei negativer Tuberkulinprobe um eine Fehldiagnose. Der Zustand konnte jetzt in keinem Fall als aktiv angesehen werden.

Die Behandlungsdauer betrug 3 Monate, wobei 1 mal ein sehr guter, 6 mal ein guter und 1 mal ein befriedigender Verlauf festzustellen war.

5. Sonstige Tuberkulose - Formen

Ein 7 Jahre alter Junge wurde mit der Diagnose „Lupus vulgaris“ eingewiesen. Es handelte sich bei negativer Tuberkulinprobe jedoch um ein juveniles Melanom (ALLEN und SPITZ). Nach Excision konnte die Diagnose durch histologische Untersuchung gesichert werden. Nach einer Behandlungsdauer von 3 Monaten kam es bei ungestörtem Verlauf zu sehr guter Gesamterholung.

II. Allergische Erkrankungen

1. Asthma bronchiale und asthmatische Bronchitis

Entsendestellen:	LVA Düsseldorf	271
	LVA Münster	2
	LVA Hannover	10
	LVA, sonstige	1
	Landschaftsverband Münster	30
	Sozialämter	7
	Krankenkassen	47
	Ersatzkassen	28
	Selbstzahler	17
	Sonstige Kostenträger	16
		429

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
Säuglinge	3	3	6
1 Jahr	17	15	32
2 Jahre	32	13	45
3 "	49	23	72
4 "	42	22	64
5 "	32	18	50
6 "	21	13	34
7 "	17	4	21
8 "	14	9	23
9 "	14	8	22
10 "	14	5	19
11 "	9	2	11
12 "	14	3	17
13 "	5	2	7
14 "	4	—	4
16 "	2	—	2
	289	140	429

Allergie in der Familie und näheren Verwandtschaft:

Asthma	79
Ekzem	14
Heuschnupfen oder Nahrungsmittelallergie	2
Asthma und Ekzem	12
Sehr starke familiäre Belastung	1
Keine familiäre Belastung	178
Keine näheren Angaben bekannt	143
	429

Allergie in der eigenen Anamnese:

Früher Ekzem	57
Heuschnupfen	4
Nahrungsmittelallergie	1
Früher Ekzem und Nahrungsmittelallergie	1
Außer Asthma keine weit. allerg. Erkrankungen	308
Keine näheren Angaben bekannt	58
	429

Eine auffallend starke psychische Überlagerung war bei 7 Kindern vorhanden.

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Im Säuglingsalter	137
" 2. Lebensjahr	66
" 3. bis 4. Lebensjahr	58
" 5. " 6. "	16
" 7. " 8. "	6
" 9. " 10. "	2
" 11. " 14. "	4
Unbekannt	140
	429

Behandlung im Seehospiz:

1. Kur	364
2. Kur, Befund besser als bei der vorigen Kur	33
3. " " " " "	7
4. " " " " "	3
5. " " " " "	1
2. " Befund aber noch nicht wesentlich besser als bei der vorigen Kur	16
3. " " " " "	5
	429

Vorausgegangene Behandlung:

Hausarzt, noch keine Kuren	43
Krankenhaus, noch keine Kuren	41
Krankenhaus mehrfach, noch keine Kuren	29
Kuren im Binnenland	7
" im Gebirge	14
" an der See	61
" im Binnenland und Gebirge	3
" und an der See	6
" im Gebirge und an der See	6
Keine näheren Angaben	219
	<hr/>
	429

Zustand der Rachen- und Gaumentonsillen:

Rachen- und Gaumentonsillen unauffällig	280
Adenoide vorhanden	18
Tonsillenhypertrophie vorhanden	59
Adenoide und Tonsillenhypertrophie vorhanden	10
Chronische Tonsillitis vorhanden	2
Adenotomie war durchgeführt	18
Tonsillektomie war durchgeführt	37
Adenotonsillektomie war durchgeführt	5
	<hr/>
	429

Brustformen:

Normale Thoraxform	269
Flacher Thorax	52
Trichterbrust, leicht	12
Trichterbrust, stark	1
Asymmetrischer Thorax	16
Hühnerbrust	22
Harrison'sche Furchen, rachitisch	32
Thorax piriformis	2
Leicht faßförmiger Asthmatorax	21
Faßförmiger Asthmatorax	2
	<hr/>
	429

Spezielle medikamentöse Therapie:

Eine spezielle medikamentöse Therapie war nicht erforderlich	250
Nur Hustensaft	70
Wenig Antiasihmatica	67
Mehrfach Antiasihmatica	15
Häufig Antiasihmatica	9
Einmal Corticoid-Präparate	12
Mehrfach " "	6
	<hr/>
	429

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	1
" " 2 Monaten	35
" " 3 "	296
" " 4 "	92
Über 4 Monate	5
	<hr/>
	429

Durchgeführt wurde im Seehospiz:

Adenotomie	6
Tonsillektomie	1
Adenotonsillektomie	1
Empfohlen wurde:	
Adenotomie	9
Tonsillektomie	4
Adenotonsillektomie	4

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	25
Durch Facharzt	18
In Klinik	1
Verlegung direkt in Klinik	1
Wiederholungskur an der See	86

Differenzierte Asthmadignose und Verlauf

	Nach Befund u. Anamnese kein sicherer Anhalt für Asthma	Spastische Bronchitis bei Säuglingen ohne Atemnot	Asthmatische Bronchitis bei Kindern ohne Atemnot	Asthm. Bronch. b. Kleinkindern (keine Deform. d. Thorax, keine Anfälle, aber typ. Befund mit gelegentl. Atembehinderung)	Asthm. Bronchitis bei Kleinkindern mit Atemnot (und anhaltend spastischem Befund)	Asthma bronchiale (ohne Deformierung d. Thorax, typ. Anfälle nur anamnest. u. selten)	Asthma bronchiale (typ. Anfälle ohne Thoraxdeformierung)	Asthma mit Asthmathorax (Thorax piriformis oder leicht falförmig)	Asthma mit Emphysem (u. falförmigem Thorax mit starrem Schultergürtel)	Heuschnupfen	Gesamtzahl
Nie asthmatische Beschwerden, kein objektiver Befund	41	2	58	33	15	49	8	—	—	4	210
Nie asthmatische Beschwerden, aber objektiver Befund	—	—	31	14	13	9	5	2	—	—	74
Nur am Anfang asthmatische Beschwerden oder typischer Auskultationsbefund	—	—	10	7	2	2	1	2	—	—	24
Nur einmal oder zweimal während der Kur Erscheinungen	—	1	11	24	10	2	7	6	—	—	61
Mehrfach leichte Beschwerden während der ersten Hälfte der Kur	—	—	1	4	1	1	—	—	—	—	7
Mehrfach leichte Beschwerden während der ganzen Kur	—	—	5	3	11	—	6	2	—	—	27
Starke oder häufige Beschwerden am Anfang	—	—	—	—	6	—	4	2	2	—	14
Starke Beschwerden während der ganzen Kur	—	—	—	—	4	—	1	4	1	—	10
Status asthmaticus	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
	41	3	116	85	62	63	33	18	4	4	429

Verlaufsbeurteilung:

Kurbeginn im Monat	Sehr gut (günstiger Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Gut (leicht gestörter Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Befriedigend (stärker gestörter Verlauf, nicht ganz symptom- frei bei Entlassung)	Ausreichend	Nicht befriedigend	Verstorben	Gesamtzahl
	Januar	21	27	11	2	1	
Februar	20	23	4	—	—	—	47
	1	6	1	—	1	—	9
März	19	26	10	—	2	2 +)	59
	6	14	6	1	1	—	28
Mai	8	12	—	—	—	—	20
	10	20	8	—	—	—	38
Juli	10	20	8	—	—	—	38
	10	12	1	1	—	—	24
August	10	12	1	1	—	—	24
	6	20	5	2	2	—	35
September	6	20	5	2	2	—	35
	9	33	8	1	2	—	53
Oktober	9	33	8	1	2	—	53
	16	17	6	1	—	—	40
November	16	17	6	1	—	—	40
	6	3	5	—	—	—	14
Dezember	6	3	5	—	—	—	14
	132	213	65	8	9	2	429

+) 1. Bronchopneumonie, Encephalitis, Herz- und Kreislaufversagen

+) 2. Acetonämisches Erbrechen, Hyperpyrexie, Herz- und Kreislaufversagen

2. Asthma und Neurodermitis

Entsendestellen:	LVA Düsseldorf	51
	LVA Hannover	1
	Landschaftsverband Münster	5
	Krankenkassen	11
	Ersatzkassen	9
	Sozialämter	1
	Selbstzahler	14
	Sonstige Kostenträger	5
		97

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
1 Jahr	1	—	1
2 Jahre	6	2	8
3 "	8	4	12
4 "	17	4	21
5 "	10	5	15
6 "	6	5	11
7 "	2	2	4
8 "	4	2	6
9 "	5	1	6
10 "	3	—	3
11 "	4	2	6
12 "	1	2	3
15 "	1	—	1
	68	29	97

Allergie in der Familie und näheren Verwandtschaft:

Asthma	14
Ekzem	11
Heuschnupfen oder Nahrungsmittelallergie	—
Asthma und Ekzem	5
Asthma sowie Heuschnupfen oder Nahrungsmittelallergie	2
Ekzem sowie Heuschnupfen oder Nahrungsmittelallergie	1
Sehr starke familiäre Belastung	3
Keine	36
Keine näheren Angaben bekannt	25
	97

Allergie in der eigenen Anamnese:

Außer Asthma und Ekzem keine weiteren allergischen Erscheinungen	80
Nahrungsmittelallergie	3
Keine näheren Angaben bekannt	13
	97

Beginn der Krankheit:

Im Säuglingsalter	66
" 2. Lebensjahr	11
" 3. bis 4. Lebensjahr	4
" 5. " 6. "	1
Keine näheren Angaben bekannt	15
	97

Vorausgegangene Behandlung:

Nur Hausarzt	9
Hausarzt und Krankenhaus	13
Krankenhaus mehrfach	4
Kuren im Binnenland	1
" im Gebirge	2
" an der See	21
" im Binnenland und an der See	3
" im Gebirge und an der See	3
Keine näheren Angaben	41
	<hr/>
	97

Behandlung im Seehospiz:

1. Kur	75
2. Kur, Befund besser als bei der vorigen Kur	12
3. " " " "	4
6. " " " "	1
2. " bei Aufnahme Befund nicht wesentlich besser als bei voriger Kur	3
3. " " " "	2
	<hr/>
	97

Brustformen:

Normale Thoraxform	56
Flacher Thorax	12
Trichterbrust, leicht	4
Asymmetrischer Thorax	6
Hühnerbrust	6
Harrison'sche Furchen, rachitisch	7
Leicht faßförmiger Asthmathorax	5
Faßförmiger Asthmathorax	1
	<hr/>
	97

Zustand der Rachen- und Gaumentonsillen:

Rachen- und Gaumentonsillen unauffällig	66
Adenoide vorhanden	3
Tonsillenhypertrophie vorhanden	13
Adenoide und Tonsillenhypertrophie vorhanden	2
Adenotomie war durchgeführt	3
Tonsillektomie war durchgeführt	8
Adenotonsillektomie war durchgeführt	2
	<hr/>
	97

Adenotonsillektomie wurde hier 1 mal durchgeführt und 4 mal empfohlen.

Komplikationen von Asthma und Ekzem:

Auffallende psychische Überlagerung	4
Kombination mit Ichthyosis leichten Grades (an ekzemfreien Stellen, vorwiegend am Rumpf)	19
Kombination mit Ichthyosis starken Grades	—
Bakterielle Superinfektion an einzelnen Stellen	2
Bakterielle Superinfektion ausgedehnt	1
Superinfektion mit Pilzen	—
Keine Komplikationen	71
	<hr/>
	97

Therapie mit Asthmamitteln oder Ekzemsalbe:

Keine spezielle Therapie erforderlich	16
Nur Hustensaft oder indifferente Salbe	20
Wenig Asthmamittel oder spezielle Ekzemsalbe, aber keine Corticoide	17
Mehrfach " " "	16
Viel " " "	7
Einmal Corticoide bei Asthma	1
Dauerbehandlung mit Corticoiden erforderlich	1
Ekzemsalbe und wenig Corticoid-Salben	15
Ekzemsalbe und häufig Corticoid-Salben	4
	<hr/>
	97

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	1
" " 2 Monaten	7
" " 3 "	69
" " 4 "	19
" " 6 "	1
	<hr/>
	97

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	2
Durch Facharzt	3
In Klinik	1
Wiederholungskur an der Nordsee	27

Verlaufsbeurteilung:

Kurbeginn im Monat	Verlaufsbeurteilung:					Gesamtzahl
	Sehr gut (günstiger Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Gut (leicht gestörter Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Befriedigend (stärker gestörter Verlauf, nicht ganz symptom- frei bei Entlassung)	Ausreichend	Nicht befriedigend	
Januar	1	3	8	1	1	13
Februar	2	3	1	1	1	6
März	1	1	3	1	1	3
April	2	4	4	1	1	10
Mai	2	6	3	1	1	12
Juni	1	3	1	1	1	4
Juli	1	2	4	1	1	7
August	2	3	1	1	1	7
September	1	4	4	1	1	10
Oktober	1	9	3	1	1	13
November	1	3	5	1	1	9
Dezember	2	1	1	1	1	3
	14	40	38	2	3	97

3. Neurodermitis

Entsendestellen:	LVA Düsseldorf	99
	LVA Hannover	1
	LVA, sonstige	2
	Landschaftsverband Münster	20
	Sozialämter	14
	Krankenkassen	36
	Ersatzkassen	34
	Selbstzahler	7
	Sonstige Kostenträger	14
		<hr/> 227

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
Säuglinge	—	1	1
1 Jahr	6	3	9
2 Jahre	14	13	27
3 "	24	8	32
4 "	18	9	27
5 "	18	11	29
6 "	9	7	16
7 "	9	8	17
8 "	6	12	18
9 "	6	5	11
10 "	6	5	11
11 "	7	5	12
12 "	5	2	7
13 "	2	3	5
14 "	2	3	5
	<hr/> 132	<hr/> 95	<hr/> 227

Beginn der Krankheit:

Im Säuglingsalter	139
" 2. Lebensjahr	15
" 3. bis 4. Lebensjahr	3
" 5. " 6. "	4
" 7. " 8. "	1
" 9. " 10. "	2
" 11. " 14. "	2
Keine näheren Angaben	61
	<hr/> 227

Vorausgegangene Behandlung:

Nur Hausarzt	24
Hausarzt und Krankenhaus	29
Krankenhaus mehrfach	18
Kuren im Binnenland	2
" im Gebirge	5
" an der See	41
" im Gebirge und an der See	1
Keine näheren Angaben	107
	<hr/> 227

Behandlung im Seehospiz:

1. Kur	190
2. Kur, Befund besser als bei der vorigen Kur	17
3. " " " "	3
4. " " " "	2
2. " Befund bei Aufnahme nicht wesentlich besser als bei der vorigen Kur	11
3. " " " "	2
4. " " " "	1
6. " " " "	1
	<hr/> 227

Befund der Gaumen- und Rachenmandillen:

Gaumen- und Rachenmandillen unauffällig	173
Adenoide vorhanden	3
Tonsillenhypertrophie vorhanden	25
Adenoide und Tonsillenhypertrophie vorhanden	5
Chronische Tonsillitis vorhanden	2
Adenotomie war durchgeführt	2
Tonsillektomie war durchgeführt	14
Adenotonsillektomie war durchgeführt	3
	<hr/>
	227

Komplikationen des Ekzems:

Auffallende psychische Überlagerung	2
Kombination mit Ichthyosis leichten Grades, vorwiegend am Rumpf	29
Kombination mit Ichthyosis starken Grades, " "	3
Bakterielle Superinfektion an einzelnen Stellen	29
Bakterielle Superinfektion ausgedehnt	8
Superinfektion mit Bakterien und Pilzen	1
Keine Komplikationen	155
	<hr/>
	227

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	1
" " 2 Monaten	31
" " 3 "	146
" " 4 "	44
" " 5 "	4
" " 6 "	1
	<hr/>
	227

Therapie mit Ekzemsalbe:

Keine spezielle Therapie erforderlich	29
Nur indifferente Salben	29
Differente Salben zeitweilig, aber keine Corticoid-Salben	16
" mehrfach, " "	26
" viel, " "	26
Ekzemsalben und wenig Corticoid-Salben	77
Ekzemsalben und häufig Corticoid-Salben	24
	<hr/>
	227

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	6
Durch Facharzt	7
Wiederholungskur an der Nordsee	68
" im Mittelgebirge	1

Differenzierte Ekzemdiagnose und Verlauf

	Nur Ekzemneigung, jetzt erscheinungsfrei	Frühexsudatives Ekzematoid (Säuglingsekzem, vorwiegend nässendes Gesichtsekzem)	Neurodermitis chronica circumscripta (nur einzelne Herde)	Neurodermitis chronica diffusa (mit Lichenifikation nur an den Prädilektionsstellen)	Neurodermitis chronica diffusa (an den Prädilektionsstellen, aber auch nässend)	Neurodermitis chronica diffusa (ausgedehnt und nässend, auch außerhalb der Prädilekt.)	Neurodermitis chronica diffusa (ausgedehnt und fast den ganzen Körper betreffend)	Seborrhoisches Ekzem	Mykotisches Ekzem (konsitit. Komponente scheint untergeordnet zu sein)	Gesamtzahl
Nie ekzematöse Veränderungen der Haut	20	—	1	—	—	—	—	—	—	21
Auffallend rasche Besserung	—	—	9	1	—	2	—	—	—	12
Bei Aufnahme leichter Befund mit kontinuierlicher Besserung	—	—	36	20	—	1	—	—	—	57
Bei Aufnahme starker Befund mit kontinuierlicher Besserung	—	—	4	13	10	7	2	—	—	36
Ein Schub am Anfang, danach Abklingen	—	—	4	2	—	—	—	—	—	6
Ein Schub im Verlauf der Kur, danach Abklingen	—	1	3	8	1	2	2	—	—	17
Mehrere Schübe, danach Abklingen	—	—	1	11	3	3	1	—	—	19
Geringer oder mäßiger Befund mit Verschlech- terung oder ungenügende Rückbildung	—	1	5	10	4	19	6	—	—	45
Starker Befund mit mäßiger Rückbildung	—	—	—	3	4	3	—	—	—	10
Starker Befund mit ungenügender Rückbildung	—	—	—	1	1	1	1	—	—	4
	20	2	63	69	23	38	12	—	—	227

Verlaufsbeurteilung:

Kurzbeginn im Monat	sehr gut (günstiger Verlauf, Entlassung symptomfrei)	gut (leicht gestörter Verlauf, Entlassung symptomfrei)	befriedigend (stärker gestörter Verlauf, nicht ganz symptomfrei bei Entlassung)	Ausreichend	Nicht befriedigend	Vorzeitig abgeholt	Gesamtzahl
Januar	3	7	8	1	1	—	20
Februar	3	5	6	1	—	—	15
März	—	2	3	—	—	—	5
April	4	7	15	3	2	1	32
Mai	2	7	9	3	—	1	22
Juni	1	2	8	—	1	—	12
Juli	4	17	10	1	1	—	33
August	2	3	8	—	2	—	15
September	3	7	15	3	—	—	28
Oktober	1	13	8	—	—	—	22
November	1	6	9	1	—	—	17
Dezember	—	1	2	2	1	—	6
	24	77	101	15	8	2	227

III. Erkrankungen der Atemwege

Entsendestellen:	LVA Düsseldorf	324
	LVA Hannover	8
	Landschaftsverband Münster	30
	Sozialämter	17
	Krankenkassen	21
	Ersatzkassen	15
	Selbstzahler	19
	Sonstige Kostenträger	11
	Freiplätze	8
		<hr/> 453

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
Säuglinge	3	1	4
1 Jahr	15	11	26
2 Jahre	17	6	23
3 "	22	14	36
4 "	30	21	51
5 "	24	20	44
6 "	22	18	40
7 "	20	18	38
8 "	17	15	32
9 "	20	10	30
10 "	18	15	33
11 "	20	13	33
12 "	15	10	25
13 "	20	6	26
14 "	5	4	9
15 " u. darüber	—	3	3
	<hr/> 268	<hr/> 185	<hr/> 453

Diagnosen:

Infektanfälligkeit	120
Recidivierende Bronchitis	290
Chronische Bronchitis	15
Deformierende Bronchitis (beginnende Bronchiektasenbildung)	9
Bronchiektasen	5
Lungenresektion wegen Bronchiektasen, Zustand nach	2
Bronchopneumonie, Zustand nach	1
Pleuropneumonie, Zustand nach	1
Sinubronchitis	1
Sinusitis maxillaris, recidivierend	4
Rhinitis chronica	2
Otitis media, recidivierend	3
	<hr/> 453

Beginn der jetzigen Erkrankung:

Im Säuglingsalter	112
" 2. Lebensjahr	27
" 3. bis 4. Lebensjahr	38
" 5. " 6. "	13
" 7. " 8. "	7
" 9. " 10. "	2
" 11. " 14. "	2
Nicht bekannt	252
	<hr/> 453

Vorausgegangene Behandlung:

Nur Hausarzt	30
Nur Krankenhaus	41
Krankenhaus mehrfach	17
Kuren im Binnenland	7
" im Gebirge	4
" an der See	45
" im Binnenland und Gebirge	1
" im Binnenland und an der See	4
" im Gebirge und an der See	1
Wiederholungskuren im Seehospiz	49

Befund bei der Aufnahme:

EZ normal, AZ gut	108
EZ " AZ noch befriedigend	68
EZ " AZ beeinträchtigt	10
EZ reduziert AZ gut	24
EZ " AZ noch befriedigend	125
EZ " AZ beeinträchtigt	71
EZ stark reduziert, AZ noch befriedigend	13
EZ " AZ beeinträchtigt	18
EZ reichlich, AZ noch befriedigend	16
	<hr/> 453

Körperhaltung:

Gute Haltung	211
Schlaffe Haltung mit ausgleichbarem Rundrücken	203
Rundrücken, schlecht ausgleichbar	21
Hohlrücken	3
Kyphose	1
Kyphoskoliose leichten Grades	13
" stärkeren Grades	1
	<hr/> 453

Brustformen:

Normale Thoraxform	293
Flacher Thorax	60
Trichterbrust, leicht	21
Asymmetrischer Thorax	32
Hühnerbrust	14
Harrison'sche Furchen, rachitisch	31
Leicht faßförmiger Thorax	2
	<hr/> 453

Zustand der Rachen- und Gaumentonsillen:

Rachen- und Gaumentonsillen unauffällig	256
Adenoide vorhanden	15
Tonsillenhypertrophie vorhanden	74
Adenoide und Tonsillenhypertrophie vorhanden	6
Chronische Tonsillitis	3
Adenotomie war durchgeführt	24
Tonsillektomie war durchgeführt	59
Adenotonsillektomie war durchgeführt	16
	<hr/> 453
Adenotomie wurde im Seehospiz durchgeführt	2
Adenotonsillektomie wurde durchgeführt	1
Adenotomie empfohlen	8
Tonsillektomie empfohlen	5
Adenotonsillektomie empfohlen	2

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	6
" " 2 Monaten	52
" " 3 "	296
" " 4 "	96
" " 5 "	3
	<hr/> 453

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	23
Durch Facharzt	24
In Klinik	2
Verlegung direkt in Klinik	2
Wiederholungskur an der Nordsee	26
Wiederholungskur im Mittelgebirge	2

Verlaufsbeurteilung:

Kurbeginn im Monat	Sehr gut (günstiger Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Gut (leicht gestörter Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Befriedigend (stärker gestörter Verlauf, bei Entlassung nicht ganz symptomfrei)	Ausreichend	Nicht befriedigend	Vorzeitig abgeholt	Verstorben	Gezamtzahl
Januar	23	24	3	2	1	1	1	52
Februar	8	18	2	3	1	1	1	32
März	3	12	5	1	1	1	1	20
April	13	21	7	1	1	1	1	41
Mai	23	24	2	1	1	1	1	50
Juni	5	15	4	1	1	1	1	24
Juli	13	31	6	2	1	2	1	54
August	10	9	1	1	1	1	1	22
September	15	23	8	1	2	1	1	49
Oktober	10	18	12	1	2	1	1(+)	43
November	25	13	11	1	1	1	1	52
Dezember	3	9	1	1	1	1	1	14
	151	217	62	10	6	6	1	453

+) Bronchopneumonie bei Bronchitis pituitosa

IV. Sonstige Erkrankungen

Entsendestellen:	LVA Düsseldorf	70
	LVA Münster	1
	LVA Hannover	4
	LVA, sonstige	1
	Landschaftsverband Münster	8
	Sozialämter	5
	Krankenkassen	2
	Ersatzkassen	1
	Selbstzahler	5
	Sonstige Kostenträger	6
	Buurman-Stiftung	2
	Freiplätze	4
		<hr/> 109

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
1 Jahr	1	1	2
2 Jahre	1	—	1
3 "	4	—	4
4 "	1	4	5
5 "	3	5	8
6 "	2	1	3
7 "	8	2	10
8 "	7	6	13
9 "	3	10	13
10 "	7	7	14
11 "	11	6	17
12 "	2	4	6
13 "	5	3	8
14 "	3	—	3
15 "	—	1	1
17 "	—	1	1
	<hr/> 58	<hr/> 51	<hr/> 109

Diagnosen:

Erholungsbedürftigkeit, allgemeine	16	Adipositas	19
Erholungsbedürftigkeit, stark reduzierter EZ	27	Beckenbruch mit Harnröhrenabriss, Zustand nach	1
Unterentwicklung	9	Blepharitis	1
Orthostatische Kreislaufstörung	1	Hemiplegia spastica nach Encephalitis	1
Vegetative Labilität	5	Hypothyreose	1
Neuropathie	1	Lymphadenitis mesaraica, unspezifisch	1
		Lymphogranulomatose (Hodgkin)	1
Dermatomykose	1	Muskelatrophie, progressive spinale (Werdnig-Hoffmann)	1
Erythema exsudativum multiforme	1	Osteomyelitis chronica	1
Ichthyosis vulgaris	1	Poliomyelitis, Zustand nach	1
Pityriasis rubra pilaris	1	Tetraplegia spastica	1
Psoriasis vulgaris	15	Subsepsis allergica Wissler	1
Strophulus, recidivierend	1		

109

Körperhaltung:	Gute Haltung	38
	Schlaffe Haltung mit ausgleichbarem Rundrücken	53
	Rundrücken, schlecht ausgleichbar	6
	Hohlrücken	3
	Kyphoskoliose leichten Grades	6
	Kyphoskoliose stärkeren Grades	3
		<hr/> 109

Brustformen:	Normale Thoraxform	68
	Flacher Thorax	22
	Trichterbrust, leicht	4
	Thorax asymmetrisch	10
	Hühnerbrust	3
	Harrison'sche Furchen, rachitisch	2
		<hr/> 109

Zustand der Rachen- und Gaumentonsillen:

Rachen- und Gaumentonsillen unauffällig	70
Adenoide vorhanden	2
Tonsillenhypertrophie vorhanden	13
Chronische Tonsillitis vorhanden	2
Adenotomie war durchgeführt	4
Tonsillektomie war durchgeführt	15
Adenotonsillektomie war durchgeführt	3
	<hr/> 109

Tonsillektomie empfohlen	1
Adenotonsillektomie empfohlen	1

Behandlungsdauer:

Bis zu einem Monat	5
" " 2 Monaten	20
" " 3 "	64
" " 4 "	18
" " 5 "	2
	<hr/> 109

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	6
Durch Facharzt	6
In Klinik	1
Wiederholungskur an der Nordsee	3
" im Mittelgebirge	1
" in Mineralbad	1

Verlaufsbeurteilung:

Kurbeginn im Monat	Sehr gut (günstiger Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Gut (Leicht gestörter Verlauf, Entlassung symptomfrei)	Befriedigend (stärker gestörter Verlauf, bei Entlassung nicht ganz symptomfrei)	Ausreichend	Nicht befriedigend	Unbeeinflusst	Vorzeitig abgeholt	Gesamtzahl
Januar	2	3	4	1	1	1	1	11
Februar	4	3	7	2	1	1	2	18
März	1	1	3	1	1	1	1	3
April	2	6	4	1	1	1	1	12
Mai	1	5	4	1	1	1	1	11
Juni	1	2	1	1	1	1	1	5
Juli	2	5	3	1	1	1	1	10
August	2	2	4	1	1	1	1	9
September	1	2	4	1	1	1	1	8
Oktober	3	1	2	1	1	1	1	9
November	1	1	2	2	1	2	1	9
Dezember	1	2	1	1	1	1	1	4
	17	32	39	10	5	3	3	109

V. Kinderklinik und Isolierstation

Es wurden insgesamt 320 Kinder in unsere klinische Behandlung eingewiesen. Von diesen litten 204 an Krankheiten, die in den vorstehenden Abschnitten behandelt wurden. Diese Kinder sind deshalb bereits in den entsprechenden Abschnitten berücksichtigt worden. Im einzelnen handelte es sich um folgende Erkrankungen:

Asthma bronchiale oder asthmatische Bronchitis	75	
Asthma bronchiale und Neurodermitis	20	
Neurodermitis	70	
Erkrankungen der Atemwege	36	
Sonstige	3	204

Wegen akuter Erkrankungen wurden durch Norderneyer Ärzte eingewiesen:

In die Klinik (davon 6 mal aus Baltrum)	81	
In die Isolierstation	35	116
		<hr/> 320

Kostenträger:

Krankenkassen in Ostfriesland	31	
Andere Krankenkassen	41	
Ersatzkassen	23	
Selbstzahler	21	
		<hr/> 116

Alter bei der Aufnahme	Jungen	Mädchen	Zusammen
Säuglinge	12	10	22
1 Jahr	4	10	14
2 Jahre	4	1	5
3 "	5	3	8
4 "	5	2	7
5 "	10	3	13
6 "	—	1	1
7 "	2	6	8
8 "	5	5	10
9 "	2	—	2
10 "	2	4	6
11 "	3	2	5
12 "	6	1	7
13 "	—	2	2
14 " u. darüber	3	3	6
	<hr/> 63	<hr/> 53	<hr/> 116

Diagnosen:

Die Behandlung dieser 116 Kinder erfolgte wegen der nachstehend aufgeführten Krankheiten. 28 mal handelte es sich um Infektionskrankheiten.

Angina lacunaris und follicularis	8	Kreislaufstörung, orthostatisch	1
Appendektomie, verzögerte Rekonvaleszenz nach	1	Kyphose, postrachitisch (2 mal aufgenommen)	2
Asthma bronchiale	1	Lebensschwäche bei Neugeborenen	2
Bronchitis	5	Leukämie, Paramyeloblasten- (2 mal aufgenommen)	2
Bronchopneumonie	2	Lobärpneumonie	1
Bronchopneumonie, abscedierend	1	Luxatio coxae congenita (2 mal aufgenommen)	2
Cystopyelitis	3	Meningitis tuberculosa	1
Dermatitis, nach Praecipitatsalbe	1	Myocardschädigung, toxisch, nach grippalem Infekt	1
Dyspepsie	1	Nabelgranulom	1
Dystrophie	1	Nabelkoliken	1
Ekzem, dyshidrotisch	1	Neuropathie	3
Ekzem, konstitutionell	1	Osteomyelitis acuta	1
Ekzem, konstitutionell, superinfiziert	2	Otitis media	3
Enterocolitis	2	Otitis media, am 7. Tag Varicellen	1
Erbrechen, acetonämisch	2	Perifonsillarabszeß	2
Erbrechen, habituell	1	Polyarthritits rheumatica	1
Erbrechen, psychopathisch	1	Pylorospasmus	1
Erythroblastose	1	Pyodermie	1
Exanthem, allergisch	1	Rectumprolaps	1
Frühgeburt	3	Segmentpneumonie	1
Glomerulonephritis	2	Sinusitis ethmoidalis	1
Grippaler Infekt	5	Stomatitis aphthosa	1
Hernia inguinalis incarcerata, reponiert	1	Tonsillektomie	
Hernia inguinalis, konservativ mit Bruchband	1	bei chron. bzw. rec. Tonsillitis	2
Hernia inguinalis, herniotomiert	1	bei Nephritis nach Angina lac.	1
Hirnblutung nach Geburtstrauma (Exitus letalis)	1	Verbrühung 2. Grades	1
Intercostalneuralgie	1		
Krampfleiden, genuin	2		88

Infektionskrankheiten:

Di-Bazillenträger und Stomatitis aphthosa	1
Enteritis	2
Enteritis, am 4. Tag Mumps	1
Hepatitis epidemica	5
Keuchhusten	1
Masern	9
Mumps	2
Mumps, am 3. Tag Röteln	1
Paratyphus B	1
Röteln	2
Scharlach	2
Windpocken	1
	<hr/>
	28

Empfohlene Weiterbehandlung:

Durch Hausarzt	11
Durch Facharzt	3
In Klinik	2
Verlegung direkt in Klinik	4

Behandlungsdauer in der Klinik:

Bis zu 5 Tagen (Beobachtungsfall)	15
" " 14 "	66
" " 1 Monat	25
" " 2 Monaten	7
" " 3 "	3
	<hr/>
	116

Behandlungserfolg:

Geheilt	83
Gebessert	19
Unverändert	8
Vorzeitig abgeholt	4
Verschlechtert	1
Verstorben.	1
	<hr/>
	116

VI. Hausgemeinschaft

Die ambulante und stationäre Behandlung des Personals sowie die vorgeschriebenen Kontrolldurchleuchtungen und -aufnahmen erfolgten durch den Oberarzt bzw. durch dessen Nachfolgerin.

Einstellungsuntersuchungen	121
Sprechstundenfälle (nur 1. Untersuchung und Beratung gezählt)	197
Arbeitsunfähigkeitserklärungen	122
Überweisungen an Fachärzte	23
Krankheitstage beim Personal	1322

Stationäre Behandlung:

Im Seehospiz	3
Im Städtischen Krankenhaus Norderney	5
In auswärtigen Krankenanstalten	5

Die stationäre Behandlung im Seehospiz von Angehörigen unserer Hausgemeinschaft war wegen folgender Erkrankungen erforderlich:

Cystopyelitis	1
Glomerulonephritis (Tonsillektomie durchgeführt)	1
Hepatitis epidemica	1

VII. Operations-Abteilung

Operative Eingriffe:

Appendektomien	5
Herniotomie	1
Halslymphknoten-Exstirpationen	8
Verschiedene Eingriffe	68

Gipsverbände 4

Behandlungen:

Inhalationen	1792
Kopflichtbäder	20
Kurzwellen-Bestrahlungen	687
Sollux-Bestrahlungen	65

Hals-Nasen-Ohren-Fachärztin:

Untersuchungen	315
Kleine Eingriffe	5
Adenotomien	6
Adenotonsillektomien	7
Tonsillektomien	7

Untersuchungen:

Fraktionierte Magenausheberungen	4
Sternalpunktion	1

VIII. Röntgen-Abteilung

Durchleuchtungen:	Thorax, Magen-Darm-Passagen		1906
Aufnahmen:	a) Organe:		
	Thorax	457	
	Abdomen	18	
	Nierenbecken, Gallenblase	4	
	b) Knochen:		
	Schädel, Nasennebenhöhlen, Kieferknochen	95	
	Wirbelsäule, Becken, Schultergürtel	44	
	Extremitäten	94	
	Zahnfilme	23	
			735
			<u>2641</u>
Elektrokardiogramme:			184

IX. Laboratorium

a) Klinische Untersuchungen:

Blutbilder	3574	
Bestimmung der BKS	3335	
Blutungs- und Gerinnungszeit	24	
Thrombozyten und Retikulozyten	9	
Blutgruppenbestimmungen und Rh-Faktor	11	
Erythrozyten-Resistenz	2	
Knochenmarkausstriche	2	
Urinstatus	5877	
Stuhluntersuchungen (Fett, Stärke, Muskel- fasern, Wurmeier)	142	
Analabstriche (auf Oxyureneier)	4752	
Liquoruntersuchungen (Zellzahl, Pandy, Zucker)	40	17 768

b) Chemische Untersuchungen:

Bilirubin	80	
Blutzucker	37	
Calcium	2	
Diastase	16	
Gesamt-Eiweiß	17	
Harnsäure	5	
Indikan	1	
Magensaft	4	
Rest-Stickstoff	47	
Takata-Ara-Reaktion	101	
Weltmann'sches Koagulationsband	96	
Xanthoprotein	1	407

c) Bakteriologische und serologische Untersuchungen:

Diphtherie	24	
Tuberkulose	20	
Typhus-Paratyphus-Enteritis-Ruhr-Gruppe	59	
Varia (Eitererreger)	238	
Bakterien-Resistenzbestimmungen	48	
Pilze	10	
		399
		<u>18 574</u>

X. Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge 1960

- a) Veröffentlichungen:
- 84) **Menger:** Wetter und Mensch. Dtsch. med. Journ. **11**, 444 (1960)
- 85) " Der Einfluß des Nordseeklimas auf den Diabetes mellitus. Mit O. Pahl.
Arch. Physik. Therap. **12**, 283 (1960)
- 86) " Zur Methodik der medizin-meteorologischen Forschung. Arch. physik. Therap. **12**, 311 (1960)
- b) Vorträge:
- 88) **Menger:** Der Mensch in seiner Wetterabhängigkeit (Naturwissenschaftliche Gesellschaft, Bremen, 8. 2. 1960)
- 89) " Die thermische Wirkungsbreite an der Nordsee und ihre Bedeutung für die Klimatologie.
(Diskussionsvortrag bei dem Kongreß für Balneologie, Mediz. Klimatologie und Physik.
Medizin, Salzburg, 13. 4. 1960)
- 90) " Wetter und Mensch. (Berliner Medizinische Gesellschaft, Berlin, 15. 6. 1960)
- 91) " Bioclimatological Classification (Diskussionsbeitrag bei dem Kongreß der
International Society of Bioclimatology and Biometeorology, London, 8. 9. 1960)
- 92) " Metro-Pathological Forecasting (Diskussionsbeitrag bei dem Kongreß der
International Society of Bioclimatology and Biometeorology, London, 9. 9. 1960)
- Vorlesungen an der Universität Mainz:
- Sommer-Semester 1960: Bioklimatologie
- Winter-Semester 1960/61:
Klimatherapie, ihre Auswahlmöglichkeiten und Präventivmaßnahmen in der Kinderheilkunde.
- c) Fortbildungsvorträge im Seehospiz über Klimatherapie:
- Menger:** 1. „Unsere Arbeit im Seehospiz“ (Durchführung der Klimatherapie, 25. 4. 1960)
- " 2. „Sonnenstrahlung – Sonnenbad“ (UV-Strahlung, 30. 5. 1960)
- " 3. „Das Seehospiz und die Entwicklung der Meeresheilkunde“ (27. 6. 1960)
- " 4. „Wir und das Wetter“ (Wetterelemente, Grundbegriffe der Klimatherapie, 15. 8. 1960)
- " 5. „Wie entsteht unser Wetter“ (Wettervorgänge in Mitteleuropa, 29. 8. 1960)
- " 6. „Betreuung der Kinder im Nordseeklima“
(Die Klimafaktoren und ihre Wirkung auf den menschlichen Körper, 7. 11. 1960)
- d) Fortbildung in der pflegerischen Arbeit im Seehospiz:
- " Für Kinderkrankenschwestern, Kindergärtnerinnen und Kinderpflegerinnen wurden in getrennten Gruppen folgende Themen behandelt:
- Meningitis
Körperliche Entwicklung und Haltung
Leistungsfähigkeit der Jugend
Verhütung von Infektionskrankheiten
Tuberkulose
Was beobachten wir bei den Kindern?

Personalia

Veränderungen:

Dr. med. Hellmut Hahn, Facharzt für Kinderkrankheiten, scheidet nach 6 $\frac{1}{2}$ jähriger Mitarbeit als Oberarzt am 31. 5. 1960 aus.

Dr. med. Helga Sommer, Fachärztin für Kinderkrankheiten, Oberärztin seit 1. 5. 1960

Dr. med. Marga Hartwig, Fachärztin für Kinderkrankheiten, Assistenz-Ärztin vom 1. 2. 1960 bis 31. 10. 1960, übernimmt das Kinderheim „Haus am Meer“ in St. Peter-Ording.

Dr. med. Sigrid Malkmus, Assistenz-Ärztin seit 1. 2. 1960.

Zur Famulatur waren im Jahre 1960 im Seehospiz:

- cand. med. Ingeborg Assmann, Univ. München
- cand. med. Ingeborg Assmann, Univ. Münster
- cand. med. Gesine Claussen, Univ. München
- cand. med. Uta Fiedler, Univ. Zürich
- cand. med. Eleonore Schnabel, Univ. Marburg
- cand. med. Franz-Josef Stickle, Univ. Münster
- cand. med. Wolfdietrich Unger, Univ. Mainz

Anhang:

Statistischer Bericht der Verwaltung

Belegung 1960

	Zahl der Patienten	Verpflegungs-Tage	Jahresdurchschnitt	
			je Tag	Kurdauer
Heilstätte	1 549	106 575	292	68
Klinik	344	16 794	46	49
Klinik (Personal)	5	132	1	26
Summe	1 898	123 501	339	65

Zu- und Abgänge

		1959		1960	
Bestand 1. Januar		283		302	
z u	Heilstätte	1 574	1 830	1 274	1 596
	Klinik	249		317	
	Klinik (Personal)	7		5	
	Kur-Heil-Abtlg.	—		—	
Jahres-Summe		2 113		1 898	
a b	Heilstätte	1 603	1 811	1 355	1 643
	Klinik	201		285	
	Klinik (Personal)	7		3	
	Kur-Heil-Abtlg.	—		—	
Bestand 31. Dez.		302		255	

Übersicht über die Kostenträger

	1959	1960
B. f. A. Berlin	1	—
LVA Düsseldorf	1 216	988
LVA Münster	6	6
LVA Hannover	77	49
LVA Oldenburg	1	2
Tbc.-Fürsorge Bremen	227	152
Sozialämter, verschiedene	113	119
Kr. Kassen Ostfriesld.	51	45
Kr. Kassen, übrige	231	285
Kr. Kassen Bundesbahn	9	10
Ruhrknappschaft Bochum	11	12
Landschaftsverband Münster	68	126
Selbstzahler	87	90
Buurman-Stiftung	4	2
Andere Freiplätze	11	12
Jahres - Summe	2 113	1 898

Personal - Übersicht

		Bestand 1. 1. 60	Bestand 1. 1. 61
1.	Leiter und Chefarzt	2	2
2.	Oberarzt und Assistenz-Ärzte	6	5
3.	Mutterhaus - Schwestern	44	51
4.	Freie Schwestern	18	13
5.	Kindergärtnerinnen	9	10
6.	Kinderpflegerinnen	10	9
7.	Krankengymnastinnen	2	2
8.	Lehrkräfte	2 +)	2 +)
9.	Technische Assistentinnen	2 ++)	2 ++)
10.	Praktikantinnen	15	4
11.	Büro - Angestellte	8	8
12.	Hausangestellte	44	43
13.	Diakonische Helferinnen	—	5
14.	Männl. Angestellte	8	9
Insgesamt:		170	165

+) und 1 Mutterhaus-Schwester

++) und 2 Mutterhaus-Schwestern

Die Postanschrift lautet:

Kinderheilstätte/Kinderklinik SEEHOSPIZ „Kaiserin Friedrich“

(23) Nordseebad Norderney

Postfach 520

**Zweiganstalt des
Diakonissen-Mutterhauses „Kinderheil“**

(20b) Bad Harzburg

Kleine Krodostraße 6

Fernruf: Norderney (04932) 185
Telegramme: SEEHOSPIZ Norderney
Postscheck: Hannover 35414
Bank: Norderneyer Bank, Norderney
Pflegesatz: z. Z. 15,20 DM täglich, einschließl. Kurtaxe und ärztl. Betreuung; Sonderberechnung von Röntgen-Aufnahmen und besonders teuren Medikamenten; für Selbstzahler ärztliche Sondergebühren
Aufnahme-Bedingungen werden auf Wunsch zugesandt
Sämtliche Anfragen können gerichtet werden an die Verwaltung des SEEHOSPIZes.