

Leichtkrankenhäuser.

Von **FRANZ GOLDMANN**, Berlin.

1. Notwendigkeit.

Die Forderung, im Rahmen einer weitschauenden Krankenanstaltspolitik auch Krankenhäuser für Leichtkranke zu berücksichtigen, stützt sich auf Überlegungen, die den ökonomischen Interessen der Allgemeinheit wie den individuellen Bedürfnissen der Kranken gerecht werden wollen.

Dank der großen Fortschritte medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Kunst, dank der ständig zunehmenden Verfeinerung der Technik hat das Krankenhauswesen in der gesamten Kulturwelt während der letzten beiden Menschenalter eine erstaunliche Entwicklung erlebt und grundlegende Wandlungen durchgemacht. Kein Bauherr kann sich heute der Notwendigkeit verschließen, einen Krankenhausneubau von vornherein so zu gestalten, daß Anlage und Betrieb den höchsten Anforderungen entsprechen, die Wissenschaft und Technik für die Lebensrettung, die Erhaltung der Gesundheit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit verlangen. Kein Verantwortlicher in Reich, Staat, Gemeinde oder in der freien Wohlfahrtspflege kann sich der Verpflichtung entziehen, vorhandene Bauten dauernd zu modernisieren, sie mit sämtlichen Einrichtungen und zahlreichem Personal auszustatten, um jederzeit Spitzenleistungen ausführen zu können.

Mit Recht betont **GOTTSTEIN**: „Für die frischen Verletzungen, die Operationen, die akuten Infektionen, die schweren frischen inneren Erkrankungen kann kaum in einem einzigen Falle auf das Vorhandensein und die stete Bereitschaft aller dieser Einrichtungen verzichtet werden.“

Aber die zwangsläufig erfolgende Steigerung der Aufwendungen für das Schaffen und Unterhalten eines so kostspieligen Apparates läßt auch bei jedem Bauvorhaben erneut die Fragen aufkommen: Kann zwischen der Fürsorgeleistung, die im Interesse des Kranken und der öffentlichen Gesundheitspflege zur Verfügung gestellt werden muß, und der Fürsorgelast, die dem Steuerzahler aufgebürdet wird, überhaupt ein Ausgleich geschaffen werden? Wie wären gegebenenfalls die ökonomischen Rücksichten und die Verpflichtung zu wirtschaftlicher Gestaltung der Fürsorge mit der

Sorge um eine geregelte und zweckmäßige Krankenhausversorgung der Bevölkerung in Einklang zu bringen?

Es ist zu verstehen, daß die Abneigung der Geldgeber gegen Anforderungen für Krankenhauszwecke erheblich ist, ja vielfach zu einer Abwehrstellung der Finanzgewaltigen gegen die Gesundheitspolitiker führt, nachdem sich im Laufe weniger Jahrzehnte die Kosten für das neu zu erstellende Krankenhausbett und die laufenden Betriebskosten verdoppelt haben.

Gerade deswegen ist es aber so notwendig, immer wieder vorurteilslos zu prüfen, ob das allgemeine Krankenhaus die Stellung ausfüllt, die es heute im Rahmen der gesamten öffentlichen Fürsorge einnehmen soll. In einem wesentlichen Punkte stimmen die Erfahrungen, die in der offenen Fürsorge gemacht werden, mit denen der Krankenhauspraktiker überein: Das allgemeine Krankenhaus von heute wird immer noch zu häufig als Allheilmittel gegen jeglichen Notstand angesehen. Massenbeobachtungen, die in Berlin bei 10651 Kranken allgemeiner Krankenhäuser gelegentlich der Volkszählung vom 16. Juni 1925 gemacht sind, bestätigen, daß unter den Problemen des Krankenhauswesens neben baulichen Fragen das seiner Zweckbestimmung immer mehr in den Vordergrund rückt. Es handelt sich hierbei zwar auch um quantitative, vor allem aber um qualitative Fragen der Ausnutzung.

In den einzelnen Altersklassen ist die Häufigkeit, mit der Krankenhauspflege beansprucht wird, auffallend verschieden, je nachdem es sich um Ledige, Verheiratete, Verwitwete oder Geschiedene handelt. Nach Untersuchungen GOLDMANN'S sind die Verheirateten unverhältnismäßig sehr viel seltener als die Ledigen gleichen Alters und auch noch viel seltener als die gleichaltrigen Verwitweten und Geschiedenen in Anstaltspflege.

Tabelle 1. Von 100 Lebenden entsprechenden Alters und Geschlechts befanden sich am 16. Juni 1925 in allgemeinen Berliner Krankenhäusern:

Alter	Ledige		Verheiratete		Verwitwete und Geschiedene		Insgesamt	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
15—20	0,21	0,25	0,00	.	.	.	0,21	0,26
20—25	0,30	0,46	0,22	0,32	.	0,90	0,29	0,43
25—30	0,33	0,50	0,20	0,22	0,23	0,44	0,27	0,35
30—35	0,38	0,45	0,19	0,20	0,46	0,32	0,24	0,27
35—40	0,44	0,42	0,17	0,19	0,16	0,30	0,21	0,24
40—45	0,46	0,36	0,18	0,15	0,35	0,33	0,21	0,20
45—50	0,60	0,37	0,24	0,20	0,31	0,31	0,24	0,24
50—55	0,70	0,28	0,30	0,21	0,28	0,32	0,28	0,24
55—60	0,54	0,37	0,31	0,23	0,48	0,36	0,33	0,28
60—65	0,92	0,48	0,43	0,25	0,52	0,35	0,46	0,31
65—70	1,04	0,65	0,41	0,29	0,42	0,42	0,45	0,40
über 70	1,17	0,61	0,37	0,31	0,54	0,39	0,48	0,39

Biologische Gründe für die bevorzugte Erkrankung von Menschen, die keine Familie gegründet oder ihren nächsten Angehörigen verloren haben, sind uns nicht bekannt und auch überaus unwahrscheinlich. Der gesundheitsfördernde Wert der Ehe mag für die Vermeidung von Geschlechtskrankheiten, Suchten, Erkrankungen des Magen-Darmkanals gewisse Bedeutung haben, genügt aber wohl nicht, um derart erhebliche Unterschiede zu erklären. Vielmehr muß hier soziologischen Gründen größere Bedeutung beigemessen werden. Diese Untersuchung zeigt also Zusammenhänge von Krankheit und sozialer Lage auf, die für die Krankenanstaltspolitik bedeutsam sind.

Aber auch da, wo keine sozialen Gründe vorliegen, sind es gewisse organisatorische Mängel, die eine unzumutbare Beanspruchung des allgemeinen Krankenhauses begünstigen.

Zu Beginn des Jahrhunderts wurde bereits von führenden Klinikern, Hygienikern und Verwaltungsmedizinern wiederholt bemängelt, daß sämtliche Krankheitsformen in allgemeinen Krankenhäusern angehäuft wurden, anstatt im Wege der Dezentralisation unter einfacheren und damit billigeren Bedingungen Krankenhilfe zu leisten. Auch heute treffen diese Beanstandungen noch zu. Bei der Meldung zur Aufnahme im allgemeinen Krankenhaus läßt sich die Siebung noch nicht so scharf durchführen, wie es theoretisch wünschenswert ist. Diese Lücke benutzen nach der übereinstimmenden Auffassung der Sachverständigen eine ganze Reihe von Kranken, die zweifellos pflege- und fürsorgebedürftig sind, aber auch ohne den teuren Apparat des Krankenhauses zu ihrem Recht kommen könnten. Vor allem aber bleiben eine nicht unerhebliche Zahl von Kranken, die auf die vollen Leistungen des Krankenhauses für begrenzte Zeit unbedingt angewiesen sind, auch dann noch in der Anstalt, wenn ärztliche Kunst und sorgsame Pflege sie so weit gefördert haben, daß die weitere Behandlung an anderer Stelle erfolgen könnte. Wäre eine geregelte und schnelle Entleerung der allgemeinen Krankenhäuser in einfachere Sonderanstalten möglich, so ließen sich die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern verkürzen, die Ausnutzung der Krankenhäuser qualitativ bessern, die Bettennot, unter der viele Städte leiden, mildern und die Neuanforderung von Plätzen einschränken. Der Gedanke ist unerträglich, daß überhaupt erwogen werden muß, einen akut Erkrankten, ja sogar einen ansteckend Kranken oder einen Frischverletzten abzuweisen, während gleichzeitig noch der eine oder andere Kranke aus nichtärztlichen Gründen in der Anstalt weilt. Andererseits muß zugegeben werden, daß die theoretische Forderung einer qualitativ verbesserten Ausnutzung des allgemeinen Krankenhauses erst dann erfüllt werden kann, wenn tatsächlich die notwendige Zahl von Entlastungsmöglichkeiten geschaffen ist und die Zusammenarbeit

des Krankenhauses mit anderen Fachanstalten und mit den Einrichtungen der halboffenen und offenen Fürsorge reibungslos vonstatten geht.

Bemerkenswerte Belege für die Richtigkeit dieser Anschauung und die Möglichkeit, sie zu verwirklichen, konnten in Kiel und Berlin erbracht werden. Durch die Organisation des Fürsorgedienstes im Krankenhaus von KLOSE in der Lage, die durchschnittliche Verweildauer im Kieler Krankenhaus nicht unerheblich herabzudrücken. Die Ausgestaltung einer organisierten Krankenpflege im Hause durch BEJACH, Berlin, führte bereits in ihren ersten Anfängen zu einer erheblichen Einschränkung entbehrlicher Krankenhausaufnahmen.

Die Kritik an der Benutzung der allgemeinen Krankenhäuser ist alt, sie verschärfte sich, je kostspieliger die Unterhaltung von Krankenhäusern im Laufe der Zeit wurde. Im Verwaltungsbericht des Statistischen Büros der Stadt Berlin für das Jahr 1863 wird bereits auf gewisse Mißstände in der Belegung der privaten Krankenhäuser hingewiesen. Auch damals wird bereits die Tatsache festgestellt, daß die Zahl der Überweisungen in Anstalten offenbar weit größer ist, als es vom rein ärztlichen Standpunkt aus zu erwarten wäre. „Es ist hier nicht der Ort, zu untersuchen, ob Humanitätsrücksichten oder die Bequemlichkeit der Armenärzte hier mitspielt, ob es an einem städtischen Asyl anderer Art als das Arbeitshaus fehlt, wo Rekoneszenten ungleich billiger verpflegt werden könnten.“ Die Frage, ob man das Krankenhaus so bauen solle, daß in ihm akut und chronisch Kranke, Leicht- und Schwerkranke gleich gut und gleich wirtschaftlich behandelt werden können, oder ob man differenzieren solle, ist theoretisch längst entschieden, praktisch durch Einrichtung von Heilstätten, Kuranstalten und ähnlichen Typen stark gefördert, aber noch nicht bis zum Ende durchgearbeitet. Zu Beginn dieses Jahrhunderts ist von verschiedenen Seiten fast mit gleicher Begründung wiederholt die Forderung einer weiteren Differenzierung auf dem Gebiet des Krankenhauswesens erhoben worden. Besonders GOTTSTEIN, BECHER und LENNHOF haben immer wieder auf die notwendige Entlastung des Krankenhauswesens hingewiesen. Im Jahre 1910 wurde dann der gesamte Fragenkomplex auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege von GROBER dargestellt. Die Leitsätze des Berichterstatters, die in dem von GROBER herausgegebenen Buche „Das Deutsche Krankenhaus“ (Verlag G. Fischer) in der GOTTSTEINschen Abhandlung „Krankenhäuser für Leicht- und Chronischkranke“ abgedruckt sind, enthalten manche grundsätzlichen Ausführungen, die auch heute noch gelten können. Aus neuester Zeit sind besonders eine Reihe von Tagungen führender Organisationen aus dem Jahre 1926 wichtig. Bei der Hildesheimer Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge über Sparmaßnahmen unter möglichster Aufrechterhaltung des Gesamtstandes der Fürsorge betonte der Berichterstatter, Beigeordneter Dr. FISCHER, Essen: „Die Kostspieligkeit der Anstaltsfürsorge bedingt aber auch die Gefahr, daß sie auch in denjenigen Fällen, in denen sie durch nichts anderes ersetzt werden kann, nicht angewandt wird zum Schaden des einzelnen und der Gesamtheit.“ Es wurde der Leitsatz aufgestellt: „Die Verbilligung der Anstaltsfürsorge ist dadurch anzustreben, daß . . . zu einem möglichst frühzeitigen Zeitpunkt auf ärztliche Anordnung hin eine Überführung aus kostspielig arbeitenden Anstalten in weniger kostspielige stattfindet.“ Entscheidend für die ganze Frage wurden die Pyrmonter Verhandlungen des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhaus-

wesen. WIRTH, Frankfurt stellte Richtlinien auf, die mit besonderer Schärfe die Frage der Entlastung der allgemeinen Krankenhäuser heraushoben und demgemäß auch unter der Bezeichnung „Richtlinien für Entlastungsabteilungen“ angenommen wurden. Gleichzeitig wies KERSCHENSTEINER bei seinen Vorschlägen für Maßnahmen zur Behebung der bestehenden oder zu erwartenden Bettennot auf die gleiche Frage hin.

2. Wesen, Zweckbestimmung.

Einrichtungen zur Versorgung von Leichtkranken im Sinne der Ausführungen des vorhergehenden Kapitels stellen einen Sondertyp dar, der nach GOTTSTEIN Krankenhauscharakter hat und nicht ohne weiteres vergleichbar ist mit denjenigen Einrichtungen wie Genesungsheim, Walderholungsstätte, Siechenhaus, die als Ergänzung oder Ersatz des Krankenhauses gewertet werden müssen. Das Wesentliche an diesem Anstaltstyp ist nach GOTTSTEINS Worten „der gegenüber dem Durchschnitt verminderte Bedarf hygienisch-therapeutischer Ansprüche an ärztliche und pflegerische Versorgung“. Die Richtlinien des Gutachterausschusses bezeichnen als Zweck der Entlastungsabteilungen das Freimachen von Betten oder Abteilungen des allgemeinen Krankenhauses von solchen nichtinfektiösen und nicht oder nicht mehr bettlägerigen Kranken, die wegen Beobachtung, Behandlung und Pflege nicht mehr auf den Schwerkrankenabteilungen zu liegen brauchen, andererseits aber noch nicht in eine ambulante Behandlung irgendwelcher Art oder in ein Genesungsheim entlassen werden können. Das Leichtkrankenhaus oder die Entlastungsabteilung, wo Unterbringung, Beköstigung und Pflege unter hygienisch einwandfreien Verhältnissen verbunden ist mit ärztlicher Überwachung und der Möglichkeit, jederzeit leicht ärztliche Therapie zu erreichen, ist demnach denjenigen Einrichtungen nahe verwandt, die sich neuerdings unter dem Namen Kuranstalten, Sanatorien eingebürgert haben. Sie unterscheiden sich von diesen dadurch, daß sie nicht die spezifischen Heilfaktoren der naturalen Umwelt zur Verfügung haben. Gegenüber dem Genesungsheim und Erholungsheim unterscheiden sie sich durch die intensivere ärztliche Betreuung und durch das Hauptziel der Entlastung des allgemeinen Krankenhauses. Sie stehen also zwischen Krankenhaus auf der einen, Genesungsheim, Erholungsheim, Poliklinik, Ambulatorium und ähnlichen Einrichtungen auf der anderen Seite.

3. Krankheitsformen.

Aus der großen Masse der Kranken, die das allgemeine Krankenhaus aufsuchen, heben sich zwei Gruppen heraus, die für eine