

# Der Fürsorgedienst im Krankenhaus (Soziale Krankenhausfürsorge).

Von H. LANDSBERG, Charlottenburg.

## I. Die geschichtliche Entwicklung.

Mitte der neunziger Jahre wurde der Gedanke, einen besonderen Fürsorgedienst im Krankenhaus einzurichten, zum ersten Male in die Tat umgesetzt und zwar fast gleichzeitig in Deutschland und England. Der Kliniker ERNST VON LEYDEN, der im Gegensatz zu der starken Spezialisierung in der Medizin großes Gewicht darauf legte, daß nicht nur einzelne Organe, sondern „der kranke Mensch“ als Gesamtorganismus behandelt wurde, erkannte die Notwendigkeit einer fürsorgerischen Ergänzung der Tätigkeit von Arzt und Schwester. Er führte in der I. medizinischen Klinik des Berliner Charitékrankenhauses den ersten Fürsorgedienst im Krankenhaus ein. Fast zur selben Zeit gelang es Sir CHARLES LOCH, dem Vorsitzenden der Charity Organisation Society in England, im Royal Free Hospital in London eine Krankenhausfürsorgerin anzustellen.

Während der Fürsorgedienst in der Charité in Deutschland ohne jede Nachahmung blieb, machte die Bewegung in England langsame, aber stetige Fortschritte. 10 Jahre später griff der amerikanische Arzt Dr. RICHARD CABOT, Boston, den Gedanken auf und wurde zum Begründer nicht nur der amerikanischen, sich rasch entwickelnden Krankenhausfürsorge, er muß auch als ihr Begründer auf dem europäischen Kontinent bezeichnet werden; denn aus den Vereinigten Staaten kam 1913/14 die Anregung nach Europa zurück und bewirkte die Einführung eines Fürsorgedienstes im Krankenhaus in Deutschland, Frankreich und Holland; in den letzten Jahren schlossen sich Österreich, die Schweiz, Belgien, Finnland, Schweden und in etwas anderer Form Italien an.

In Deutschland waren es Berlin (Dr. ALICE SALOMON), Frankfurt a. M. und München, die als erste dieses neue Fürsorgegebiet aufgriffen; ihnen folgten Breslau, Dresden, Düsseldorf, Hamburg, Nürnberg, Rohrbach bei Heidelberg und Stettin. Auf Grund einer Rundfrage im Jahre 1926 konnte sein Bestehen in 73 deutschen Städten festgestellt werden. Die Zahl der Krankenhäuser, die zur Einführung der Krankenhausfürsorge schreiten, ist seitdem

stetig im Wachsen begriffen und beträgt z. Zt. 246; in 50 weiteren Anstalten sind ähnliche Einrichtungen vorhanden.

Während es zunächst durchweg die freie Wohlfahrtspflege war, die die Pionierarbeit leistete und den Fürsorgedienst im Krankenhaus einführte, übernahmen allmählich in immer stärkerem Maße die Kommunalverwaltungen dieses Arbeitsgebiet. In letzter Zeit haben allerdings die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege ein wachsendes Interesse an dem Fürsorgedienst im Krankenhaus gezeigt.

Auf der großen Ausstellung für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926 (Gesolei) trat die deutsche Soziale Krankenhausfürsorge zum ersten Male als Gesamtheit in die Erscheinung, und die erste Tagung der Krankenhausfürsorgerinnen Deutschlands im September desselben Jahres hatte die Gründung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus im Sommer 1927 zur Folge. Damit war eine Stelle geschaffen worden, die für die Ausbreitung und Vertiefung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus wirbt, das veröffentlichte Material sammelt, Auskunft erteilt und die Verbindung zwischen den einzelnen Stellen in Deutschland herstellt.

Auf der Pariser Internationalen Konferenz für Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik im Juli 1928 bildete der Fürsorgedienst im Krankenhaus zum ersten Male den Gegenstand einer internationalen Aussprache, als deren Ergebnis u. a. die Anregung Dr. CABOTS (Boston) verzeichnet werden kann, einen dauernden gegenseitigen Austausch von Veröffentlichungen und Mitteilungen über dieses Gebiet zwischen den Vereinigten Staaten, England, Frankreich und Deutschland aufrecht zu halten, was seitdem geschieht.

## II. Aufgaben.

Die Bemühungen von Ärzten und Pflegepersonal um das Wohl der Kranken aufs eingehendste zu unterstützen und nach der fürsorgerischen Seite hin zu ergänzen, ist Aufgabe des Fürsorgedienstes im Krankenhaus. Seine Maßnahmen sollen verhindern, daß die Aussicht auf einen vollen Heilerfolg durch irgendwelche ungünstigen sozialen Umstände beeinträchtigt wird.

Diese Maßnahmen können, zeitlich betrachtet, als Vor-, Für- und Nachsorge bezeichnet werden, wie dies Geheimrat ALTER in den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen getan hat (s. Absatz VI, 1).

Die Vorsorge liegt naturgemäß vor der Einleitung der Behandlung und beschäftigt sich daher ausschließlich mit den

Patienten der dem Krankenhaus angeschlossenen Poliklinik. Sie hat die Hindernisse zu beseitigen, die der Ausführung der vom Arzt verordneten Behandlung entgegenstehen. Diese Hindernisse können rein subjektiver Natur sein, wie die Angst vor einer Operation oder Gleichgültigkeit und Leichtsinn einem bestehenden Leiden gegenüber. Sie werden noch häufiger objektiver Art sein: eine Mutter wird sich z. B. kaum entschließen können, eine notwendige Behandlung durchzumachen, wenn sie Kinder und Haushalt unversorgt zurücklassen muß; ein Familienvater wird die Ausführung einer Operation solange als irgendmöglich hinauschieben, wenn nicht in der Zwischenzeit der Unterhalt seiner Familie sichergestellt ist. Eine große Rolle spielt hier auch die Vermittlung der für die Behandlung erforderlichen Geldmittel, ohne deren Beschaffung sie nicht durchgeführt werden kann. — Diese Hindernisse durch persönliche Einwirkung auf die Kranken oder die entsprechenden Hilfsmaßnahmen zu beseitigen, ist eine der Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin. Die Patienten werden dadurch zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung zugeführt, als dies sonst geschähe, und die Aussichten auf Heilung infolgedessen nicht unwesentlich verstärkt.

Die Fürsorge und Nachsorge hat es sowohl mit den Patienten der Poliklinik wie mit den in stationärer Behandlung befindlichen Kranken zu tun. Auch hier wird es sich häufig um die Beschaffung der Summe handeln, die für die Behandlung notwendig ist und die nicht immer in ausreichendem Maße von den Krankenkassen bewilligt wird oder von dem Patienten und seinen Angehörigen selbst aufgebracht werden kann. Auch wird die Krankenhausfürsorgerin bei ambulanten Kranken versuchen, einen Krankenhausaufenthalt, wenn irgend möglich, durch Sicherung ausreichender häuslicher Pflege und Hilfe in der Wirtschaftsführung zu vermeiden. Ist eine Überführung ins Krankenhaus unabänderlich geworden, so ist ihre wichtigste Aufgabe die seelische Ruhigstellung des Kranken. Maßnahmen für zurückgebliebene Angehörige, um die der Patient in Sorge ist, werden oft notwendig sein, wenn keine ausreichende Vorsorge stattfinden konnte. Darüber hinaus aber soll sie die seelischen Schädigungen, die aus der Isolierung im Krankenhaus für die Patienten erwachsen, nach Möglichkeit beheben. Dr. CABOT, Boston, schreibt darüber: „Wir, die viel in einem Krankenhaus leben, sind in Gefahr, es nicht mehr mit den Augen eines Menschen sehen zu können, der zum ersten Male krank dorthin kommt. Für den Patienten ist alles, was er dort sieht, begreiflicherweise sehr unnatürlich, abstoßend, schrecklich. Die rasche Art der beschäftigten Ärzte und Pflegerinnen und ihre

Inanspruchnahme durch die physische und medizinische Seite ihrer Arbeit wirkt, selbst wenn sie durchaus freundlich sind, wie ein Gefriermittel, wie ein sterilisierendes Agens auf den Geist und die Empfindungen des Patienten. Seine Welt scheint erfroren, unfruchtbar, mechanisiert, hoffnungslos. Alle diese Eindrücke sind um so stärker in ihrer ungünstigen Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Kranken, als sie für ihn selbst unbestimmt und undeutlich sind. Er ist sich nicht darüber klar, was ihm fehlt. Er fühlt nur ein furchtbares Heimweh, einen Ekel vor seiner Existenz unter solchen Bedingungen. Der Antrieb zur Gesundung kann dadurch unterdrückt werden. Es ist die besondere Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin, gegen diese Schädigungen zu kämpfen. Sie kann durch Erklärungen, durch tröstlichen Zuspruch, durch Pläneschmieden für eine glücklichere Zukunft, vor allem durch echte und natürliche Freundlichkeit und Herzlichkeit, gelegentlich auch durch eine Aussprache über Leben und Tod, den Leidenden in seine gewohnte geistige Umgebung versetzen, deren heilende Kraft größer ist, als wir ermessen können.“

Ein geeignetes Mittel, den Kranken von seinen beunruhigenden Gedanken abzulenken, bietet auch die Lektüre oder anderweitige Beschäftigung. Diese letztere hat sich in den Vereinigten Staaten zu einem eigenen großen Arbeitsgebiet ausgewachsen, für das besondere Kräfte angestellt sind. In Deutschland finden wir in einigen Städten Kindergärtnerinnen zur Beschäftigung chronisch kranker Kinder. Eine Beschäftigung der Erwachsenen, wie sie LEYDEN mit seiner ersten Krankenhausfürsorge anstrebte, wird in Deutschland außer in Irren- und Siechenanstalten nur an wenigen Stellen durchgeführt. Es ist zu wünschen, daß sie nach therapeutischen Gesichtspunkten allmählich auch in die allgemeinen Krankenhäuser und die Spezialanstalten Eingang fände.

In den Vereinigten Staaten, England und Frankreich erstattet die Krankenhausfürsorgerin schon bei der ersten Untersuchung einen Bericht über die sozialen und psychologischen Faktoren in der Krankheit des Patienten und unterstützt den Arzt in der Diagnose sowie der Erfassung des Gesamtzustandes durch Daten aus der sozialen Geschichte sowie dem Familien- und Berufsleben des Patienten. Ähnliches wird auch in den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen gefordert. Ferner wird von der Krankenhausfürsorgerin in den Vereinigten Staaten erwartet, daß sie dem Patienten und seiner Familie, soweit dies wünschenswert ist, den vom Arzt festgestellten Zustand erklärt und erläutert.

In die Fürsorge greift die Nachsorge hinüber. Schon während

des Krankenhausaufenthaltes sind unter Umständen Vorkehrungen zu treffen zur Verbesserung der häuslichen Verhältnisse des Kranken, um seine Gesundheit nicht von neuem zu gefährden. Seine Angehörigen müssen über seinen Zustand und die wichtigsten Verhaltensmaßregeln unterrichtet werden und ähnliches mehr.

Fachlich betrachtet teilen sich die Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin in Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und solche der wirtschaftlichen Fürsorge. Ihre Tätigkeit in gesundheitsfürsorgerischer Beziehung ist Absatz VI, 7 in den Richtlinien von Professor ROTT ausführlich dargestellt. Es erübrigt sich deshalb, an dieser Stelle näher darauf einzugehen.

Zur Unterstützung ihrer gesundheitsfürsorgerischen Tätigkeit wird aber die Krankenhausfürsorgerin noch weniger als andere Gesundheitsfürsorgerinnen der rein wohlfahrtspflegerischen Maßnahmen entraten können. Die Unbeweglichkeit des bettlägerigen Patienten macht es für sie notwendig, Angelegenheiten zu ordnen, die der Gesunde selbst erledigen kann. Hierzu gehört z. B. die Einleitung eines Rentenverfahrens, die Regelung von Mietsschulden, die Beschaffung von Arbeit oder Unterkunft, die Vermittlung von Unterstützungen usw.

Schließlich lassen sich die Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin noch daraufhin ins Auge fassen, in wessen Interesse sie durchgeführt werden. Im allgemeinen werden ihre Maßnahmen zunächst dem einzelnen Kranken zugute kommen und für die Allgemeinheit nur insofern von Wert sein, als die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des einzelnen von allgemeiner Bedeutung ist. Denn die Unschädlichmachung einer Ansteckungsquelle, die Erhaltung des Arbeitsverdienstes eines Familienvaters, die völlige und schnelle Wiederherstellung einer Familienmutter ist stets volkswirtschaftlich von Wichtigkeit. Es gibt aber auch Leistungen der Krankenhausfürsorgerin, die in erster Linie oder ausschließlich dem Wohle der Allgemeinheit dienen: die Abkürzung des Krankenhausaufenthaltes und anderweitige Unterbringung des Patienten z. B. ist dem Kranken selbst oft sehr unwillkommen, ist aber notwendig, sowohl zur Entlastung des Krankenhauses und Milderung der Bettennot als für eine erhebliche Ersparnis an öffentlichen Mitteln. Stadtmedizinalrat KLOSE, Kiel, hat berechnet, daß in Kiel im Jahre 1927 hierdurch allein 90 000 M. an städtischen Mitteln gespart worden sind. Ebenso gelingt es der Krankenhausfürsorgerin oft, die Kranken selbst oder ihre Angehörigen zur Zahlung heranzuziehen. Auf Grund sorgfältiger Prüfung können durch sie ohne unbillige Härte leichter Zahlungen auch nachträglich verlangt und erhalten werden, als dies vom Büro

des Krankenhauses aus möglich wäre. Die Vertretung der berechtigten Ansprüche der Patienten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung, die Heranziehung von Behörden, Arbeitgebern und privaten Wohlfahrtseinrichtungen trägt ebenfalls nicht unerheblich zur Entlastung der öffentlichen Wohlfahrtspflege bei. Auch der Mißbrauch der Polikliniken durch bemittelte Patienten, der in England eine Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin ist, gehört in dieses Gebiet.

In Amerika erteilt die Krankenhausfürsorgerin nicht nur den Schwestern, sondern auch den Ärzten Unterricht in der Gesundheitsfürsorge, eine Leistung, die ohne Frage ebenfalls dem Interesse der Allgemeinheit dient.

### III. Organisation.

Bezüglich der zweckmäßigsten Organisationsform des Fürsorgedienstes im Krankenhaus herrschen noch starke Meinungsverschiedenheiten. Im Vordergrund der Erörterung steht zunächst die Frage seiner Eingliederung in das System der Fürsorge. Wir begegnen stellenweise noch immer der Ansicht, daß er organisatorisch zum Gebiet der wirtschaftlichen Fürsorge gehöre. Diese Auffassung ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Krankenhausfürsorgerin, mehr als andere Gesundheitsfürsorgerinnen, auch rein wohlfahrtspflegerische Maßnahmen durchführen muß, wie dies in dem Kapitel „Aufgaben“ dargelegt wurde.

Trotzdem kann es für mich keinem Zweifel unterliegen, daß eine fürsorgerische Tätigkeit, deren sämtliche Maßnahmen durch den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Betreuten bestimmt werden und die Beseitigung aller Störungen, die diesem Gesundheitszustand drohen, zum Ziele haben, ein Zweig der Gesundheitsfürsorge ist.

Hiermit in einem gewissen Zusammenhang bestehen Zweifel darüber, ob der Fürsorgedienst im Krankenhaus am zweckmäßigsten intern, d. h. durch eine zum Krankenhaus gehörige und von ihm angestellte Fürsorgerin ausgeübt werden soll, oder extern durch eine Krankenhausfürsorgerin, die im Auftrag einer Organisation außerhalb der Anstalt in das Krankenhaus kommt. Diese Frage wird voraussichtlich niemals allgemeingültig beantwortet werden können, denn der Fürsorgedienst im Krankenhaus ist ein Bindeglied zwischen dem Krankenhaus und der offenen Fürsorge, und wie es bei einer Brücke nicht möglich ist zu sagen, ob sie vom rechten Ufer eines Flusses zum linken oder vom linken zum rechten führt, so kann man auch die unbedingte Zugehörigkeit des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zu einer der beiden

Seiten nicht feststellen; auch wird die Entscheidung je nach den örtlichen Verhältnissen verschieden ausfallen.

Immerhin ist diese Frage nicht gleichgültig, denn beide Organisationsformen haben verschiedene Vor- und Nachteile.

Die Krankenhausfürsorgerin, die zur Schwesternschaft des Krankenhauses gehört, bringt als große Vorzüge Erfahrung im Umgang mit Kranken und die genaue Kenntnis des ganzen Krankenhausbetriebes mit. Sie ist mit den verschiedenen Persönlichkeiten der Ärzte, Schwestern und Verwaltung gut bekannt, kann von vornherein speziellen Neigungen und Eigentümlichkeiten Rechnung tragen und dadurch Reibungen vermeiden. Ebenso ist sie selbst für die übrigen im Krankenhause tätigen Personen keine Fremde. So wird manches Mißtrauen, manche Ablehnung, mit der eine fremd ins Krankenhaus kommende Fürsorgerin zu kämpfen hat, hier von selbst wegfallen. Auch die Möglichkeit, die Fürsorgerin jederzeit erreichen zu können, ist für das Krankenhaus eine große Erleichterung, für den Kranken ein unleugbarer Vorzug. Wenn bei neueingelieferten Patienten ein sofortiges Eingreifen notwendig ist, hat die im Krankenhaus anwesende Schwester einen ungeheuren Vorsprung vor der Fürsorgerin, die erst benachrichtigt werden muß, selbst wenn diese auf telephonischen Anruf hin sich gleich auf den Weg macht.

Demgegenüber ist die von außen ins Krankenhaus kommende Fürsorgerin dadurch im Vorteil, daß sie selbst im Leben steht und in den meisten Fällen einen klareren Überblick und besseren Maßstab für die wirtschaftlichen Nöte ihrer Schützlinge haben wird als die im Krankenhaus vor allen Schwierigkeiten geschützte Schwester. Es ist keine Frage, daß das Leben intra muros ihr die Dinge außerhalb des Krankenhauses ferner rückt, als sie der Sozialbeamtin sind, die oft genug selbst mit den Sorgen des Lebens zu kämpfen hat. Vielleicht ließe sich dieser Nachteil für die interne Krankenhausfürsorgerin bis zu einem gewissen Grade dadurch ausgleichen, daß man auch die vom Krankenhaus angestellte und dort hauptamtlich tätige Fürsorgerin außerhalb der Anstalt wohnen ließe. Sie wäre dadurch gezwungen, sich selbst zu verpflegen und die Preise für Lebensmittel, Miete, Heizung, Beleuchtung blieben ihr nicht fremd, wie sie es der Krankenhausschwester sind. Auf alle Fälle aber wird der Zusammenhang mit den Einrichtungen der offenen Fürsorge bei der externen Krankenhausfürsorgerin stärker sein, denn es ist leichter für sie, die nahe Fühlung mit allen anderen Wohlfahrtseinrichtungen aufrecht zu halten.

Einen weiteren Vorteil der externen Krankenhausfürsorge sehe ich in ihrer Unabhängigkeit vom Krankenhausbetrieb. Es kann

kein Zweifel darüber bestehen, daß der interne wie der externe Fürsorgedienst im Krankenhaus der Leitung des Krankenhauses unterstellt sein muß, bei der man Verständnis für sein Wirken voraussetzen kann, und sich nach ihren Anordnungen zu richten hat. Ebenso wird es Pflicht jeder Krankenhausfürsorgerin sein, ihr Amt in Übereinstimmung und enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und der Schwesternschaft des Krankenhauses auszuüben. Diese Zusammenarbeit ist aber leichter zu erzielen, wenn der Arzt in ihr die Mitarbeiterin und nicht die Untergebene sieht. Bezüglich der Stellung der internen Krankenhausfürsorgerin könnte in dieser Beziehung leichter ein Irrtum aufkommen, durch den ihre Tätigkeit beeinträchtigt würde, als bei der externen. Auch würde es ihr eher möglich sein, innerhalb der verschiedenen Strömungen im Krankenhause sich die neutrale Stellung zu bewahren, die für ihre Tätigkeit, die sich über die ganze Anstalt erstreckt, unerlässlich ist.

Wesentlich für die Entscheidung der Frage, ob interner oder externer Fürsorgedienst im Krankenhaus vorzuziehen ist, ist die Größe und Lage der in Frage kommenden Anstalten. So würde es z. B. für einen Ort, in dem sich mehrere kleine Krankenhäuser befinden, vorteilhafter sein, für alle gemeinsam eine hauptamtliche Krankenhausfürsorgerin anzustellen, als in jeder Anstalt eine Kraft nebenamtlich die Krankenhausfürsorge ausüben zu lassen.

Für ländliche Verhältnisse mit isoliert liegenden Krankenhäusern, die nicht groß genug sind, um eine Fürsorgerin voll zu beschäftigen, wird es eine Personenfrage sein, ob dem internen oder externen Fürsorgedienst der Vorzug zu geben ist. Wenn eine im Krankenhaus tätige Persönlichkeit, am besten die Oberschwester oder ihre Vertreterin, sich dafür eignet, kann ihr der Fürsorgedienst nebenamtlich übertragen werden. Sie kann nötigenfalls zu ihrer Entlastung alle erreichbaren Kräfte der offenen Fürsorge: Gemeindegewestern, Mitglieder des Vaterländischen Frauenvereins usw. für den Teil der Arbeit heranziehen, der sich außerhalb der Anstalt abspielt, wie dies auch schon mehrfach geschieht. Findet sich im Krankenhause selbst niemand, der Zeit und Eignung für den Fürsorgedienst besitzt, so könnte, ähnlich wie einer Bezirksfürsorgerin in der Stadt, einer der Fürsorgerinnen des Kreises diese Arbeit mit übertragen werden. Bei der üblichen Überbürdung dieser Fürsorgerinnen aber wäre es vielleicht zweckmäßiger, zu versuchen, eine am Orte oder in der näheren Umgebung ansässige geeignete Hilfskraft der freien Wohlfahrtspflege dafür zu gewinnen. Bei konfessionellen Krankenhäusern und solchen

vom Roten Kreuz wäre unter diesen Umständen die entsprechende Organisation der offenen Fürsorge die gegebene Stelle zur Übernahme der Arbeit.

Die Organisationsform des internen Fürsorgedienstes im Krankenhaus ist im wesentlichen überall die gleiche; es handelt sich da nur um geringfügige Unterschiede, z. B. ob die Krankenhausfürsorge haupt- oder nebenamtlich ausgeübt wird, ob die Fürsorgerin zur Schwesternschaft gehört und im Krankenhause wohnt oder nicht. Die Anlehnung an die Gesundheitsfürsorge ist bei dem internen Fürsorgedienst im Krankenhaus eine Selbstverständlichkeit. Dagegen haben sich, zum Teil infolge der Meinungsverschiedenheiten über die Zugehörigkeit des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zur Gesundheits- oder Wirtschaftsfürsorge, zum Teil auch durch die sonstigen örtlichen Verhältnisse bedingt, für die externe Krankenhausfürsorge eine ganze Reihe von Organisationsformen entwickelt.

Am häufigsten finden wir den externen Fürsorgedienst im Krankenhaus im Rahmen der Familienfürsorge, sei es, daß diese vom Gesundheits-, vom Jugend- oder vom Wohlfahrtsamt ausgeführt wird. Der Vorzug des engen Zusammenhanges mit der offenen Fürsorge wird in dieser Form am vollkommensten verwirklicht. Ob die Krankenhausfürsorgerin hauptamtlich tätig und nur organisatorisch der Familienfürsorge eingegliedert ist, oder ob die Fürsorgerin des Bezirkes, in dem das Krankenhaus liegt, auch seine Insassen in Fürsorge nimmt, stets wird sie durch ihre Zugehörigkeit zur Familienfürsorge mit der Kollegin, die die Familie zu betreuen hat und vielleicht auch schon kennt, in naher persönlicher Fühlung stehen und dadurch eine Beschleunigung ihrer Wünsche erreichen, die sonst nicht möglich ist. — Diesem großen Vorteil steht aber der Nachteil gegenüber, daß die Arbeit der Familienfürsorge ihren Schwerpunkt im städtischen Amt hat und nicht im Krankenhaus. Hieraus können sich leicht Schwierigkeiten der Unterstellung ergeben, ohnehin einer der schwachen Punkte der Familienfürsorge. Auch bedeutet für die Familienfürsorge der Fürsorgedienst im Krankenhaus immerhin nur *eine* Aufgabe neben anderen wichtigen fürsorgerischen Obliegenheiten. Er kann deshalb unter Umständen nicht die Berücksichtigung finden, die ihm zukommt. Dasselbe gilt zum größten Teil, wenn der Fürsorgedienst im Krankenhaus durch eine Beamtin des Wohlfahrts- oder Jugendamtes ausgeübt wird.

Ein allzu großes Übergewicht der rein fürsorgerischen Gesichtspunkte gegenüber den Interessen des Krankenhauses liegt meiner Ansicht nach da vor, wo alle Familienfürsorgerinnen die Bewohner

ihres Bezirkes auch im Krankenhaus betreuen, wie dies stellenweise der Fall ist. Sicherlich ist es vom fürsorgerischen Standpunkt gesehen vorzuziehen, die Familie, gleichviel ob gesund oder krank, in derselben Hand zu belassen; Vor- und Nachsorge werden noch wirksamer gestaltet werden können, wenn jede Fürsorgerin direkt mit dem Arzt über ihre Schützlinge verhandeln kann und das Krankheitserlebnis in der Anstalt mit durchmacht. Diese Vorteile werden aber durch eine Beunruhigung des Krankenhauses erkauft, die m. E. weder den Ärzten und Schwestern noch den anderen Kranken zugemutet werden kann. Der Besuch einer Reihe von Fürsorgerinnen aus den verschiedenen Bezirken muß im Krankenhaus als störend empfunden werden und auf Widerstand stoßen. Die Fürsorgerin, die zum Krankenhaus gehört, ist mit den dortigen Gepflogenheiten vertraut; sie kann den Augenblick abpassen, in dem sie den Arzt sprechen kann, ohne ihn zu stören, sie kann alle fraglichen Dinge in einer einzigen Unterredung mit ihm durchsprechen. Alles dieses fällt fort, wenn die verschiedenen Familienfürsorgerinnen das Krankenhaus aufsuchen, und es ist zu befürchten, daß selbst Ärzte, die ein weitgehendes soziales Interesse besitzen, sich gegen diese Form der Fürsorge ablehnend verhalten würden.

Dieselbe Schwierigkeit ergibt sich aus der Auffassung der Vertreter der konfessionellen Wohlfahrtspflege, dem Zentralsauschuß für Innere Mission, dem Caritasverband und der Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden, welche den Standpunkt vertreten, nur eine Fürsorgerin, die derselben Religion angehört wie der Kranke, könne ihm den inneren Halt geben, dessen er bedarf. Diese Anschauung hat dazu geführt, daß von den betreffenden Verbänden abgesandte Krankenhausfürsorgerinnen in den verschiedenen Krankenhäusern die Kranken ihres Bekenntnisses aufsuchen. Daraufhin verlangte der Hauptausschuß für Arbeiterwohlfahrt, daß nicht religiös eingestellte Kranke, die der Sozialdemokratischen Partei angehören, von einer seiner Fürsorgerinnen betreut werden, und schickte eine vierte Fürsorgerin ins Krankenhaus.

Auch hier steht zweifelsohne dem Nachteil der Beunruhigung des Krankenhauses der Vorteil einer in vielen Fällen wirksameren Betreuung gegenüber. Der Umstand aber, daß die Krankenhausfürsorgerinnen auf den verschiedenen Stationen durch die Frage nach der Religionsgemeinschaft sich unter den verschiedenen Kranken ihre Schützlinge heraussuchen müssen und dadurch die weltanschaulichen Gegensätze bis ans Krankenbett getragen werden, erscheint mir ein so großer Übelstand, daß es dringend not-

wendig ist, hier eine Lösung zu finden. Vielleicht könnte man dahin übereinkommen, daß die Fürsorgerin des Krankenhauses angewiesen wird, bei ihrer Rücksprache mit den Patienten ihre Religion festzustellen und besonders darauf zu achten, ob ein Bedürfnis nach Betreuung durch eine Glaubensgenossin besteht. In diesem Falle hätte sie die betreffende Fürsorgerin zu benachrichtigen, wie dies in den Berliner Universitätskliniken bereits geschieht.

Eine andere Form der externen Krankenhausfürsorge sei noch hervorgehoben, die ein gewisses Kompromiß bildet und geeignet ist, die dem internen wie dem externen Fürsorgedienst im Krankenhaus anhaftenden Mängel zu mildern. Es handelt sich um die Arbeit von Vereinen, die sich die Ausübung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus als einzige Aufgabe gestellt haben. Da sie sich nur auf dieses Fürsorgegebiet beschränken und die Arbeit der von ihnen beschäftigten Fürsorgerinnen sich im Krankenhaus konzentriert, wird die Zugehörigkeit zur Anstalt sehr viel größer, der Zusammenhang mit dem Krankenhaus enger sein als bei den anderen Organisationen, die den Fürsorgedienst im Krankenhaus extern ausüben und neben dieser Arbeit noch andere wichtige Aufgaben im Auge behalten, neben den Interessen des Krankenhauses auch außerhalb dieser Sphäre liegende Wünsche berücksichtigen müssen. Auf der anderen Seite ist der Zusammenhang mit der offenen Fürsorge für sie ebenso leicht herzustellen wie für jede andere Wohlfahrtsorganisation, wenn er auch niemals ganz so eng sein wird wie der der Familienfürsorgerin zu ihrer Kollegin. Diese Organisationsweise gleicht etwa dem „social department“ der amerikanischen Krankenhäuser, das dort allgemein als die günstigste Organisationsform eingeführt worden ist. Sie ist die Art, in der Paris seinen vorzüglichen Fürsorgedienst im Krankenhaus aufgebaut hat. In Deutschland, wo es bisher für ein Krankenhaus in der Regel nur eine oder zwei Fürsorgerinnen gibt, ist diese Methode nur dann anwendbar, wenn mehrere Anstalten gemeinsam eine Stelle mit der Ausübung ihres Fürsorgedienstes im Krankenhaus beauftragen. Wir finden sie in Hamburg und den Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité, etwas Ähnliches in den Breslauer Krankenhäusern. Diese Methode hat noch den Vorzug, daß sie als einzige eine Arbeitsgemeinschaft einer Anzahl von Fürsorgerinnen bildet. Hierdurch wird die Isolierung der Krankenhausfürsorgerin, von deren Gefahren in dem Kapitel über die Ausbildung die Rede ist, aufgehoben und ein gegenseitiger Austausch von Erfahrungen aus der praktischen Arbeit ermöglicht, wie ihn keine der anderen Organisationsformen kennt. Hier bietet

sich auch Gelegenheit, die verschiedenen Möglichkeiten des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zu studieren und Neuerungen zu erproben. Es ist deshalb kein Zufall, daß von einer dieser Organisationen in weitem Maße Anregungen für dieses Arbeitsgebiet ausgegangen sind. Auch sind sie die gegebenen Stellen zur Heranbildung der angehenden Krankenhausfürsorgerinnen.

Daß nur an 3 Stellen in Deutschland der Fürsorgedienst im Krankenhaus in dieser Weise organisiert ist, liegt daran, daß es in vielen Städten bisher nur eine Krankenhausfürsorgerin gibt. Die Ursache ist aber auch darin zu suchen, daß es auf die Dauer nicht möglich ist, in ausreichendem Maße private Geldmittel dafür aufzubringen. Wo solche Organisationen bestehen, erhalten sie Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln, die mindestens einen erheblichen Teil ihrer Personalunkosten decken.

Neben diesen Vereinen und der konfessionellen Wohlfahrtspflege hat auch der Vaterländische Frauenverein vom Roten Kreuz an verschiedenen Orten den Fürsorgedienst im Krankenhaus übernommen, und zwar in der Weise, daß Mitglieder des Vereins die Patienten im Krankenhaus aufsuchen und dort die Fürsorge ausüben.

Ob es zweckmäßiger ist, den Fürsorgedienst im Krankenhaus entsprechend den medizinischen Spezialfächern nach einzelnen Gebieten zu organisieren, steht noch zur Erörterung. Wie jede Spezialisierung eine Steigerung der Einzelleistung zur Folge hat, ist dies auch hier der Fall, und bei der großen Fülle der an die Krankenhausfürsorgerin herantretenden Probleme ist es sicher leichter, die auf einem Fürsorgegebiet regelmäßig wiederkehrenden Fragen gründlich zu beherrschen als mit allen Gebieten gleichmäßig vertraut zu sein. So wird die Fürsorgerin einer Entbindungsanstalt z. B. die Bestimmungen der Schwangeren- und Wochenfürsorge aufs genaueste kennen, mit Mütter- und Säuglingsheimen, Jugendämtern usw. in persönlicher Fühlung stehen; die Fürsorgerin einer chirurgischen Abteilung dagegen die Unfallgesetzgebung, das Rentenwesen bis in die letzten Feinheiten beherrschen, mit der Arbeitsvermittlung für Erwerbsbeschränkte, dem Selbsthilfebund für Körperbehinderte Verbindungen anknüpfen.

In England und Frankreich hat man aus diesem Grunde eine Spezialisierung vorgenommen, ebenso in Amerika; doch werden hier die Krankenhausfürsorgerinnen der verschiedenen Abteilungen zuweilen ausgewechselt, um Einseitigkeit zu vermeiden. In Deutschland wird man sich über diese Frage erst schlüssig zu werden brauchen, wenn die Zahl der Krankenhausfürsorgerinnen

erheblich vermehrt worden ist, denn solange eine einzige Krankenhausfürsorgerin ein Krankenhaus von 800—1000 Betten allein zu betreuen hat, kann sie unter Aufwand aller Kräfte nur die aller-notwendigste Fürsorgearbeit tun. Eine Steigerung der Leistung durch eingehendere Kenntnisse auf einem Gebiet ist bei einer derartigen Überlastung nicht zu erwarten.

Die Angaben über die Zahl der Kranken, mit deren Betreuung eine Fürsorgerin beauftragt werden sollte, schwanken zwischen 25 und 500. In Paris wird jeder Krankenhausfürsorgerin eine Station von nicht mehr als 100—120 Betten übertragen. In einem amerikanischen Krankenhaus sind für 350 Patienten 15 Fürsorgerinnen angestellt. Dr. GOLDMANN-Berlin hält 500 Betten für ein angemessenes Arbeitspensum. Ich pflichte ihm darin bei unter der Voraussetzung, daß die Krankenhausfürsorgerin eine Schreibkraft zur Hilfe hat, die die schriftlichen Arbeiten zum Teil nach Diktat, zum Teil selbständig für sie erledigen kann, und daß ihr für besonders eilige oder zeitraubende Wege eine Hilfskraft evtl. eine Wohlfahrtsschülerin oder Praktikantin zur Verfügung steht. Hat die Krankenhausfürsorgerin diese Dinge selbst mit zu erledigen, so wäre m. E. eine Bettenzahl von 200—300 angemessen, wenn nicht die Sorgfalt der Fürsorge gefährdet werden soll. Genaue Angaben lassen sich hierüber jedoch schwer machen, da die verschiedensten Momente zu einer stärkeren Inanspruchnahme bzw. Entlastung der Krankenhausfürsorgerin beitragen können. Einmal spielt hierfür die Ausdehnung des Krankenhauses selbst, die Schwierigkeiten, von einer Station zur anderen zu gelangen, eine Rolle; mehr noch die Art seiner Belegung. In einer Anstalt mit häufig wechselnder Belegung und Patienten, von denen eine verhältnismäßig große Zahl einer Betreuung bedarf, wie dies z. B. bei Wöchnerinnen der Fall ist, wird die Fürsorge für 200 Patienten ihre Zeit ganz ausfüllen; handelt es sich dagegen vorwiegend um chronisch Kranke, so wird man die Zahl entsprechend vermehren können. Weiterhin ist die Größe des Ortes ihrer Tätigkeit von Wichtigkeit, von der die Zeit abhängt, die sie auf Haus- und Behördenbesuche verwenden muß. Auch wenn sie diese Stellen so selten als möglich aufsuchen wird, bedeutet ihre große Zahl selbst für den Telephon- oder Schriftverkehr eine Arbeitsvermehrung. Man darf nicht vergessen, daß auch in Großstädten, deren Einteilung in Bezirke den anderen Fürsorgerinnen ihre Arbeit erleichtert, die Krankenhausfürsorgerin von dieser Annehmlichkeit ausgeschlossen ist, da im Krankenhaus nicht nur Kranke eines Bezirkes, sondern aus der ganzen Stadt Aufnahme finden.

Einen großen Einfluß auf die Arbeit der Krankenhausfürsorge-

rin hat auch der Ausbau der offenen Fürsorge in der betreffenden Stadt. Eine gut organisierte Familienfürsorge kann viel zur Entlastung der Fürsorgerin beitragen.

Für deutsche Verhältnisse dürfte die Betreuung von 200 Kranken das Mindestmaß, die von 500 das Höchstmaß an Arbeit darstellen.

Ganz ungeklärt ist die Frage noch für die Polikliniken, da in Deutschland hierüber noch fast gar keine Erfahrungen bestehen. Die chirurgische Universitätspoliklinik in Berlin benötigt bei 22 316 Aufnahmen jährlich die Kraft von einer Fürsorgerin. Vom Ausland ist bekannt, daß der Schwerpunkt der Arbeit in der Poliklinik liegt und die größte Anzahl von Krankenhausfürsorgerinnen hier tätig sind.

#### IV. Durchführung der Arbeit im einzelnen.

Von dem Vorhandensein des Fürsorgedienstes können die Kranken und ihre Angehörigen auf verschiedene Weise in Kenntnis gesetzt werden. Häufig geschieht es durch Plakate, die im Aufnahmebüro, in den Warteräumen und den Stationen an sichtbarer Stelle aufgehängt werden, und deren Text etwa lautet:

„Alle Patienten der Klinik, auch solche von außerhalb, können sich in Notlagen und Schwierigkeiten jeder Art vertrauensvoll um Rat und Hilfe an die Krankenhausfürsorgerin wenden. Sprechstunde: . . . . .“ (Berliner Universitätsklinien).

Oder: „Jeder Kranke, der in Sorge um seine Angehörigen, seine Wohnung usw. ist, kann, wenn ihm eine andere Hilfe nicht zur Verfügung steht, die Vermittlung der *Krankenhausfürsorgerin* zur Vorkehrung des Erforderlichen anrufen.

Diese steht den Kranken auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Rat und Hilfe zur Seite.

Ihren Besuch vermitteln die Schwestern.“ (Dresden.)

Es ist wichtig, das Format und vor allem den Druck der Plakate so groß zu wählen, daß der Text auch in einiger Entfernung, z. B. von den Krankenbetten aus, bequem zu lesen ist.

Ein zweiter Weg, die Patienten auf die Fürsorge aufmerksam zu machen, ist die Verteilung von Handzetteln, die ihnen entweder bei der Aufnahme eingehändigt oder ihnen später aufs Bett gelegt werden. Der letzte Weg ist meines Erachtens vorzuziehen, da die Kranken bei der Aufnahme durch die Erledigung der notwendigen Formalitäten in Anspruch genommen sind und sich außerdem meist in einer gewissen Erregung befinden, so daß sie den Zettel ungelesen in irgendeine Tasche stecken und nicht mehr

an ihn denken. Auf der Station im Bett dagegen ist die erste Aufregung vorüber, und der Kranke hat die Möglichkeit, das Blatt gleich durchzulesen.

Derartige Handzettel werden in Elberfeld von der Krankenhausfürsorge des Caritasverbandes verteilt mit dem folgenden Wortlaut:

### Soziale Krankenhaushilfe des Caritasverbandes in der Stadt Elberfeld.

Wir gestatten uns, Ihnen diese kleine Anschrift auf Ihr Krankenbett zu legen, mit der recht herzlichen Bitte dies nicht als eine Zudringlichkeit zu betrachten. Was uns dazu bewogen hat, ist nur unser guter Wille, Ihnen zu helfen, wenn Sie in irgendeiner Weise unserer Hilfe bedürfen. Sie werden fragen, *was will die soziale Krankenhaushilfe?*

Sie will ein *Dreifaches*:

1. Sie will der *Nachrichtendienst zwischen Ihnen und Ihrer Familie sein*. Vielleicht ist nicht für die Ihrigen gesorgt, vielleicht ist kein Verdienst zu Hause. Die Kinder sind ohne Obhut oder irgendwo untergebracht, und Sie wissen nicht, wie es ihnen geht. Vielleicht sind Sie in Streit von Hause gegangen und haben nie Besuch. Und doch möchten Sie alles wieder gut machen können. Oder sollten sogar noch schwerere Schicksalsschläge Sie betroffen haben? Was es auch sei, Sie sollen nicht verlassen sein, Sie sollen Hilfe finden, verstehende, gütige, tatkräftige Hilfe. Vertrauen Sie sich der Fürsorgerin oder dem Fürsorger an, dieselben werden Ihnen helfen.

2. Die Krankenhaushilfe will die *Helperin* zwischen Ihnen und den *städtischen Fürsorgebehörden* sein.

- a) Sie *regelt* Ihr Verhältnis zur Krankenkasse.
- b) Sie *besorgt* Ihnen das Ihnen zustehende Krankengeld oder Renten.
- c) Sie *vermittelt* Ihre Wünsche zum Wohlfahrtsamt.
- d) Sie *fertigt* die von Ihnen gewünschten *Gesuche* oder Briefe an. Kurz, sie hilft, wie auch immer es notwendig erscheint.

3. Die Krankenhaushilfe will die *Vermittlerin* zwischen Ihnen und dem Krankenhause sein.

- a) Sind *besondere Arzneien* notwendig, die besondere Kosten verursachen, soll geholfen werden.
- b) Sind außerordentliche *Kostzulagen* notwendig, sollen diese beschafft werden.
- c) Sind besondere *Operationskosten* entstanden, werden diese bezahlt.
- d) Sollte eine Mißstimmung in Ihnen sein über irgend etwas im Krankenhaus, wird diese in Güte beseitigt.

4. Die Krankenhaushilfe will Ihnen *Arbeitsvermittlerin* sein. Sie sollen nicht aus dem Krankenhause gehen, ohne eine Wohnung oder Arbeit zu haben oder ohne zu wissen, was nun aus Ihnen wird. Deshalb vertrauen Sie sich ruhig mit Ihrem Anliegen der Krankenhausfürsorge an.

Bitte trennen Sie den unteren Teil dieser kleinen Anschrift ab und geben Sie denselben mit Ihrer Adresse versehen der Stationsschwester. Diese wird die Güte haben und die Krankenhaushilfe benachrichtigen. Jederzeit sind Meldungen durch Fernruf F. 8026 zu bestellen, es wird dann sofort die Fürsorgerin oder der Fürsorger kommen.

An die

1925

kath. soz. Krankenhausfürsorge

Hier

Königstr. 27.

Vor- und Zuname: .....

Krankenhaus: .....

Haus: ..... Zimmer: .....

bittet um Ihren Besuch.

Die deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus hat in Anlehnung an dieses Anschreiben als neutralen Wortlaut folgendes Flugblatt drucken lassen:

**Alle Patienten**

des Krankenhauses, auch solche von außerhalb, oder ihre Angehörigen

sind berechtigt, sich in Notlagen und Schwierigkeiten jeder Art vertrauensvoll um *Rat und Hilfe an die Krankenhausfürsorgerin* zu wenden.

Sagen Sie es der Krankenhausfürsorgerin ohne Scheu, wenn Schwierigkeiten in der Familie oder andere Sorgen Sie bedrücken, wenn Sie kein Unterkommen, kein Reisegeld oder niemanden haben, der zu Hause für Sie sorgt; auch alles andere, was Ihnen Sorge macht oder worin Sie sich keinen Rat wissen, können Sie der Krankenhausfürsorgerin sagen.

Die Krankenhausfürsorgerin wird versuchen, Ihnen zu raten, und zu helfen.

Hat die Erledigung Ihres Anliegens nicht Zeit, bis die Krankenhausfürsorgerin Sie auf der Station besucht, so können Sie die Stationschwester bitten, die Krankenhausfürsorgerin gleich zu rufen.

Der Hauptvorstand des Vaterländischen Frauenvereins hat den folgenden Handzettel herausgegeben:

**Fürsorge**

des

Vaterländischen Frauenvereins vom Roten Kreuz

in .....

für die Patienten

im ..... Krankenhaus

im Einvernehmen mit der Krankenhausverwaltung.

Durch Ihren Aufenthalt im Krankenhaus sind Sie von Ihrer Familie getrennt, haben vielleicht Angehörige ungenügend versorgt hinterlassen müssen, oder sind von sonstigen Sorgen bedrückt, die wir Ihnen abnehmen können. Wir wollen die Verbindung mit Ihrer Familie aufnehmen und versuchen zu helfen, wie Sie es sich wünschen:

**Wir wollen Ihnen helfen**

1. indem wir Ihre Angehörigen betreuen
  - a) durch Einrichtung einer Hauspflege bei unversorgtem Haushalt,
  - b) durch Unterbringung der Kinder, wenn die Umstände es erfordern,
  - c) durch Herstellung der Verbindung mit fern wohnenden Angehörigen.

**Wir wollen Ihnen helfen**

2. berechnigte Forderungen und Wünsche bei den Behörden vorzubringen (Krankenkassen, Versicherung, Wohlfahrtsamt), Hilfe der freien Wohlfahrtspflege anzubahnen durch persönliche Rücksprache oder durch Anfertigung von Anträgen und Gesuchen.

**Wir wollen Ihnen helfen**

3. durch Anregung und Beschäftigung während Ihrer Genesung im Krankenhaus.

**Wir wollen Ihnen helfen**

4. durch Vorsorge für die Zeit nach Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus,
  - a) durch nachgehende Fürsorge, bis Sie wieder ganz hergestellt sind (Diät, Spazierenfahren, gründliche Ruhe usw.),
  - b) durch Vermittlung geeigneter Erholung,
  - c) durch Beratung bei Arbeitsbeschaffung bzw. Überführung in einen anderen Beruf.

Wenn Sie uns Ihr Vertrauen schenken und mit uns in Verbindung treten wollen, so bitten wir herzlichst, den nachstehenden Schein auszufüllen und uns zu übersenden. Unsere Fürsorgerin wird Sie dann aufsuchen.

An den

**Fürsorgedienst des Vaterländischen Frauenvereins vom Roten Kreuz**

im .....Krankenhaus

Vor- und Zuname: .....

Krankenhaus: .....

Haus: ..... Zimmer: .....

bittet um Ihren Besuch.

Auch hier ist darauf zu achten, daß der Druck groß und deutlich ist, so daß auch Schwerkranke ihn mühelos lesen können.

Der beste Weg, die Kranken mit der Fürsorgerin in Verbindung zu bringen, ist ihr Besuch auf den Stationen, der unter keinen Umständen zu entbehren ist. Erst durch die persönliche Berührung mit dem Kranken kann die Fürsorgerin sein Vertrauen gewinnen, Einfluß auf ihn ausüben und eine seelische Entspannung herbeiführen. Die Krankenhausverwaltungen, die den Besuch auf den Stationen nur auf ausdrücklichen Wunsch der Ärzte, Schwestern oder des Kranken selbst gestatten, berauben deshalb den Fürsorgedienst seines eigentlichen Charakters und bürokratisieren ihn auch.

Selten werden Kranke die Initiative aufbringen, die Fürsorgerin rufen zu lassen, sie werden es jedenfalls nur dann tun, wenn es sich um ganz bestimmte Hilfeleistungen handelt, die sie brauchen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß sich fast immer erst im Laufe einer zwangslosen Unterhaltung die Spannung in dem Kranken löst, und er erst dann beginnt, von dem zu sprechen, was ihn innerlich erregt und quält, wenn er fühlt, daß jemand Zeit und Interesse nicht nur für seine Krankheit, sondern auch für seinen Alltag, für sein Leben außerhalb des Krankenhauses hat.

Auch Ärzte und Schwestern werden die Fürsorgerin meist nur dann rufen, wenn die Durchführung einer ärztlichen Verordnung nur durch ihre Mitwirkung zu bewerkstelligen ist. Wo sollten sie auch die Zeit hernehmen, um sich neben ihrer eigentlichen Tätigkeit so eingehend mit jedem einzelnen Kranken zu beschäftigen, daß sie Gelegenheit hätten, die Notwendigkeit fürsorglicher Eingreifens zu bemerken. Dies zu tun, ist ja eben die Aufgabe der Fürsorgerin, in der sie nicht gehemmt werden sollte.

Ein Beweis für die Richtigkeit der obigen Ausführungen ist auch die Tatsache, daß dieselbe Krankenhausfürsorgerin, die in dem einen Krankenhaus, in dem sie regelmäßig die Stationen besucht, stark in Anspruch genommen wird, in einem anderen, in dem sie nur auf besonderen Wunsch die Stationen betreten darf, fast nie benötigt wird.

Wie oft der Besuch jeder Station erforderlich ist, hängt von ihrer Größe und der Art der Belegung ab. In einer Entbindungsanstalt z. B., in der die Patientinnen nur einige Tage bleiben, wird er öfter nötig sein als auf Stationen mit chronisch Kranken. In vielen Anstalten sieht die Krankenhausfürsorgerin vor ihrem Rundgang durch das Krankenhaus im Krankenhausbüro die neu erfolgten Aufnahmen durch, um einen Anhalt dafür zu gewinnen, bei welchen Patienten ihre Fürsorge möglicherweise vonnöten sein wird, und sucht zunächst diese auf.

In Paris geht man so weit, die Krankenhausfürsorgerinnen täglich an der ärztlichen Visite teilnehmen zu lassen. Der Gewinn von dieser Einrichtung ist die nahe Fühlung der Fürsorgerin mit den Ärzten, da sich hier zwanglos die Möglichkeit ergibt, die notwendigen Fürsorgemaßnahmen schon bei der Visite zu besprechen und die Fürsorgerin von selbst über den Gesundheitszustand des Patienten unterrichtet wird. Mit dieser Teilnahme der Fürsorgerin an der Visite wird gleichzeitig das Ziel verfolgt, die Assistenz- und Volontärärzte mit den Funktionen des Fürsorgedienstes im Krankenhaus vertraut zu machen.

Soweit die Rücksprache mit den Patienten nicht am Krankenbett stattfindet, soll der Krankenhausfürsorgerin ein eigener Raum zur Verfügung stehen, der von außen als Sprechzimmer der Krankenhausfürsorgerin kenntlich ist, in dem sie unter vier Augen mit nicht bettlägerigen Patienten oder Angehörigen von Kranken verhandeln kann. Sitzgelegenheiten für die Patienten, die auf sie warten, sind möglichst in der Nähe des Sprechzimmers aufzustellen.

Die Tätigkeit der Krankenhausfürsorgerin beginnt mit der Rücksprache mit dem Kranken oder seinen Angehörigen. Es hat sich als zweckmäßig herausgestellt, zur Unterstützung ihres Gedächtnisses für die Aufnahmeverhandlung Vordrucke zu benutzen, von denen einige Beispiele unten wiedergegeben sind, obgleich die Ausfüllung eines Fragebogens die Zwanglosigkeit der Unterhaltung etwas beeinträchtigen kann.

## 1.

**Soziale Krankenhaus-Fürsorge**

der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité E. V.

Tagebuch Nr. ....  
 Station: .....  
 Datum der Annahme: .....  
 Vor-, Zu-, evtl. Geburtsname: .....  
 Adresse: .....  
 Geburtsdatum u. -ort: .....  
 Vorname des Mannes, Vaters: .....  
 Geburtstag und -ort des Mannes, Vaters: .....  
 Vor- und Geburtsname der Mutter: .....  
 Geburtstag und -ort der Mutter: .....  
 Konfession ..... Schule oder Säuglingsfürsorgestelle: .....  
 Krankheit: .....  
 .....  
 Verordnungen: .....  
 .....  
 Gesundheitszustand, der Eltern, des Ehemannes, der Ehefrau: .....

Kinder bzw. Geschwister	Alter:	Gesundheits- zustand	Beruf oder Schule:	Ver- dienst	Gibt ab:

Beruf und Verdienst des Patienten, bzw. des Mannes, Vaters: .....

Erwerbslosenunterstützung: ..... Wohlfahrtsrente: .....

Rente: .....

Bestehen sonstige Hilfen: .....

Wieviel gibt er seiner Familie: .....

Beruf und Verdienst der Mutter: .....

Wer lebt noch im Haushalt: .....

Wieviel trägt er zum Haushalt bei: .....

Mitglied welcher Kasse oder Versicherung ist der Patient, bzw. Mann,

Vater: .....

Sind Abzahlungen zu leisten: .....

Wieviel beträgt die Miete: ..... Mietsschuld: .....

Was ist zu beschaffen: .....

Wohin wendet man sich: .....

Wo bekommt man Auskunft: .....

Wer zahlt Klinikaufenthalt: .....

Seit wann in der Klinik: .....

Wann wird Entlassung erfolgen: .....

Besondere Bemerkungen: .....

2.

<b>Wohnung:</b>	<b>Krankenhausfürsorge</b> des Hamburgischen Landesvereins vom Roten Kreuz	<b>Bezirk:</b> .....
.....	Hamburg, den ..... 192	<b>Aktenzeichen:</b>
.....	Feldbrunnenstr. 7	

**Krankenhaus:** ..... **Oberschwester:** ..... **Station:** .....

**1. Familienname des Hilfesuchenden:** .....

sämtliche Vornamen, Rufname unterstreichen: .....

geboren am: ..... zu: ..... Familienstand: .....

**2. Des Ehegatten, des Vaters Name:** .....

geboren am: ..... zu: .....

**3. der Ehefrau, der Mutter Name:** ..... geb. (Mädchenname) .....

geboren am: ..... zu: .....

**4. Beruf:** ..... **Verdienst:** .....

**5. Seit wann in Hamburg:** ..... 5a. ist der **Meldeschein** vorgelegt? .....

**6. Kinder:** .....

a) schulentlassene:

b) schulpflichtige und  
noch nicht  
schulpflichtige

a) schulentlassene:				b) schulpflichtige und noch nicht schulpflichtige	
Name	Geburtsdatum	Beruf	Verdienst	Name	Alter
1.				1.	
2.				2.	
3.				3.	
4.				4.	
5.				5.	

**7. Sonstige im Haushalt befindliche Familienangehörige:** .....

**8. Wohnungsmiete jährl.:** ..... **Zahltermin:** ..... **Mieteschuld:** .....

**Aftermiete:** ..... **Hauswirt und/oder Vize:** (Name und Wohnung) .....

**9. Erbetene Hilfe:** .....

**10. Seit wann im Krankenhaus:** .....

**11. Letzter Arbeitgeber:** .....

**12. Bemerkungen:** .....

A. Z. d. Wohlfahrtsamtes. .... A. Z. d. Jugendamtes. ....

Unterschrift des Aufnehmenden: .....

Auskunft im Bezirk ..... des Wohlfahrtsamtes eingeholt am: .....

**Bericht über die Verhältnisse:**

Die Bogen sind am zweckmäßigsten so zu wählen, daß sie den Umschlag für das betreffende Aktenstück bilden können.

Auf den in der Rücksprache von dem Kranken gemachten Angaben und häufig noch einer Auskunft der Schwester oder des Arztes baut sich die weitere Arbeit auf. Die Tätigkeit der Krankenhausfürsorgerin ist im Prinzip eine vermittelnde. Sie will und kann nicht die Arbeit anderer Fürsorgeorgane verrichten oder ihnen ins Handwerk pfuschen. Deshalb wird sie alle irgendwie für die Hilfe in Betracht kommenden Stellen für ihren Schützling zu interessieren suchen und sich telephonisch, schriftlich oder persönlich mit ihnen in Verbindung setzen. Solche Stellen sind nicht nur alle Organe der öffentlichen und privaten Fürsorge, deren einzelne Funktionen sie genau kennen muß, sondern auch Arbeitgeber, Ärzte, Behörden, Kirchengemeinden und vor allem die Träger der Sozialversicherung. Nur soweit andere Stellen nicht eintreten oder in besonders dringlichen Fällen betreut sie die Kranken selbst, wie aus dem in dem Abschnitt „Aufgaben“ angeführten Beispielen ersichtlich ist.

Für solche Ausnahmefälle aber muß die Krankenhausfürsorgerin einen kleinen Fonds zu eigener Verfügung haben. Diese Summe braucht nicht mehr als 300—500 M. jährlich zu betragen. Die Fürsorgerin muß aber nach eigenem Ermessen darüber verfügen können, ohne vorher die Genehmigung einer anderen Stelle einzuholen. Es genügt, wenn sie nachher Rechnung über die Verwendung ablegt, denn sie muß in der Lage sein, ihren Schützlingen unter Umständen mit Fahrgeld auszuhelfen, ein Auto zu bezahlen, bei Fällen großer Not sofort eine Lebensmittelunterstützung zu geben, auch einmal eine kleine Summe vorzustrecken, damit eine eilige Behandlung sofort begonnen werden kann.

Die getroffenen Maßnahmen und ihr Ergebnis sind in einem Tagebuch kurz aufzuzeichnen, das die Fürsorgerin auf den Stationen mit sich führt, um den Kranken jederzeit Auskunft über den Stand ihrer Angelegenheiten geben zu können. Hierfür haben sich Hefte mit auswechselbaren Blättern im Quartformat, sogenannte Baschaga-Hefte, als praktisch erwiesen, damit die Blätter der Fälle, deren Bearbeitung abgeschlossen ist, entfernt und zu den Akten gelegt werden können. Die Akten verbleiben in dem Raum, in dem die schriftlichen Arbeiten ausgeführt werden.

Es ist wünschenswert, daß der Fürsorgerin eine Schreibmaschine zur Verfügung steht; zweckmäßiger noch ist es, ihr das Diktieren ihrer Briefe zu ermöglichen oder bei stärkerer Inanspruchnahme sie von allen schriftlichen Arbeiten zu entlasten, denn die Zeit der Krankenhausfürsorgerin ist höher bezahlt und

also wertvoller als die einer Schreibkraft. Unbedingt erforderlich ist ein Telephon in ihrem Büroraum, damit sie nicht nur selbst ohne Zeitverlust sprechen, sondern auch ohne Schwierigkeiten angerufen werden kann.

Neben dem Tagebuch hat sie einen Terminkalender zu führen, um das Ausbleiben von Antworten auf ihre Anträge, fällige Zahlungen usw. im Auge behalten zu können. Am Ende des Jahres hat die Krankenhausfürsorgerin einen Bericht über die geleistete Arbeit einzureichen, etwa nach untenstehenden Mustern:

## 1.

Im Berichtsjahre in Fürsorge genommen:

Männer . . . . .	.....
Frauen . . . . .	.....
Kinder unter 14 Jahren . . . . .	.....
Jugendliche unter 18 Jahren . . . . .	.....
Gesamtzahl: . . . . .	.....

Zahl der Hausbesuche . . . . .

Es wurden vermittelt Aufnahmen in:

Krankenhaus . . . . .	in	.....	Fällen
Lungenheilstätte . . . . .	„	.....	„
Irrenanstalt . . . . .	„	.....	„
Siechenhaus (Hospital) . . . . .	„	.....	„
Altersheim . . . . .	„	.....	„
Mütter- und Säuglingsheim . . . . .	„	.....	„
Leichtkrankenhaus, Erholungsheim bei Angehörigen . . . . .	„	.....	„
in Privatpflege . . . . .	„	.....	„
Dadurch wurden Wohnungen frei . . . . .	„	.....	„
Vorübergehend Unterkunft wurde beschafft „	„	.....	„

Es wurde vermittelt:

in . . . . . Fällen	orthopädische Apparate, Zahnersatz, Brillen und kleine Heilmittel,
„ . . . . . „	ambulante Behandlung,
„ . . . . . „	konnte Kostenübernahme der Behandlung bzw. ein Zuschuß dazu von nichtstädtischer Seite beschafft werden, wodurch die städtische Wohlfahrtspflege entlastet wurde,
„ . . . . . „	wurde der Patient zum Selbstzahlen veranlaßt,
„ . . . . . „	wurde Krankenpflege im Hause oder Wirtschaftsführung (Hauspflege) vermittelt.

Es wurden Ernährungsbeihilfen, Kleidung, Heizung,

in . . . . . Fällen	aus städtischen Mitteln,
„ . . . . . „	aus nichtstädtischen Mitteln vermittelt.
In . . . . . Fällen	wurden Rentenansprüche geltend gemacht.

An öffentliche Fürsorgestellen (Tuberkulose-, Säuglingsfürsorge usw.)  
wurden . . . . . Kranke verwiesen

An die Wohlfahrts- und Jugendämter „	.....	„	„
An private Stellen . . . . .	„	.....	„

## 2.

## I. Besuche:

1. Bei Behörden, Versicherungsträgern, privaten Organisationen . . . . .	
2. Hausbesuche . . . . .	
3. Besprechungen im Krankenhaus . . . . .	
a) an Betten . . . . .	
b) Verwaltung . . . . .	
c) Sprechstunde . . . . .	
II. Neuaufnahmen . . . . .	
III. Ausgehende Briefe und Anträge . . . . .	
IV. Besorgungen und Wege für Kranke . . . . .	
V. Sitzungen . . . . .	

## Vermittlungen.

I. Zur Hebung der Gesundheit:		
a) Verschickung von Kindern . . . . . in . . . . .	Fällen	
b) Verschickung von Erwachsenen . . . . . " . . . . .	"	
c) Beantragung von orthopädischen Gegenständen . . . . . " . . . . .	"	
d) Beantragung von Schulspeisung . . . . . " . . . . .	"	
e) Lebensmittel und Speisung von privater Seite . . . . .	"	
II. Arbeitsbeschaffung . . . . .		
III. Zur Besserung der häuslichen Verhältnisse durch:		
a) Beschaffung von Betten und Bettwäsche in . . . . .	"	
b) Beschaffung von Kleidung . . . . . " . . . . .	"	
1. von Behörden . . . . .		
2. von privater Seite . . . . .		
c) Säuglingswäsche . . . . . " . . . . .	"	
d) Hauspflege . . . . . " . . . . .	"	
IV. Zur Geldbeschaffung:		
a) für Mieten . . . . . " . . . . .	"	
b) für Erholungsaufenthalt . . . . . " . . . . .	"	
c) zum Lebensunterhalt . . . . . " . . . . .	"	
d) für Reisegeld . . . . . " . . . . .	"	
e) Beschaffung und Rückzahlung von Renten . . . . .	"	
f) Beschaffung von Kostgeld . . . . . " . . . . .	"	
V. Wiederherstellung der Verbindung mit den Angehörigen . . . . .	"	
VI. Zur Unterbringung von Kindern und Erwachsenen:		
a) in Koststellen . . . . . in . . . . .	"	
b) in hiesige Kinderheime und ins Waisenhaus . . . . .	"	
c) in Anstaltspflege (Versorgungsheim, Stifte) . . . . .	"	
VII. Zur Berufsumlernung . . . . .	"	
VIII. Zur Unterbringung Obdachloser . . . . .	"	
IX. Verschiedenes . . . . .	"	

Eine unentschiedene Frage ist es, ob der soziale Bericht der Fürsorgerin der Krankengeschichte beigelegt werden soll. Sicherlich ist es für Ärzte und Verwaltung wünschenswert, über die Privatverhältnisse der Kranken nicht nur durch einmalige mündliche Mitteilung unterrichtet zu werden, sondern mit der Krankengeschichte zugleich sich die sozialen Angaben ins Gedächtnis

zurückrufen zu können. Auf diese Weise können aber Mitteilungen, die der Patient der Fürsorgerin im vollen Vertrauen auf ihre Verschwiegenheit gemacht hat, unter Umständen zur Kenntnis Unbefugter gelangen. Ich würde es deshalb für zweckmäßiger halten, die Krankengeschichte der in Fürsorge genommenen Patienten mit einem Hinweis (Stempel oder ähnliches) zu versehen, aus dem Ärzte, Schwestern und Verwaltung mühelos erkennen, daß der betreffende Patient Schützling des Fürsorgedienstes im Krankenhaus ist und sie infolgedessen von der Krankenhausfürsorgerin jederzeit nähere Auskunft über seine häuslichen Verhältnisse usw. erhalten können; ebenso würde es dann auch Ärzten, Schwestern und Verwaltung wenig Mühe verursachen, der Krankenhausfürsorgerin von allen Mitteilungen zu machen, was sich im Krankenhaus bezüglich der so gekennzeichneten Patienten ereignet.

Auch die Frage, ob die Krankenhausfürsorgerin in Tracht oder in Zivil die Stationen besuchen soll, ist noch nicht endgültig geklärt. Verschiedentlich wird der Standpunkt vertreten, daß die Krankenhausfürsorgerin Zivil tragen soll, weil die Kranken sich leichter jemandem gegenüber aussprechen, der nicht schon durch sein Äußeres als zugehörig zum Krankenhaus gekennzeichnet ist. Die Botin des Lebens von draußen müsse sich auch in ihrer Tracht von der Welt im Krankenhaus unterscheiden. Andere Kreise sind gerade entgegengesetzter Ansicht. Beide Auffassungen haben sicherlich ihre Berechtigung. Aus hygienischen Gründen aber scheint mir zum mindesten eine Schutzkleidung unentbehrlich. Wünschenswert wäre allerdings eine Art Schutzkleidung, durch die die Krankenhausfürsorgerin von den übrigen, im Krankenhaus tätigen Personen unterschieden wird. Deshalb ist weder Schwesterntracht noch der einfache weiße Mantel wohl das Richtige, da sie weder für eine pflegende Schwester noch für eine Ärztin oder Röntgenassistentin gehalten werden soll. In Paris tragen die Krankenhausfürsorgerinnen blaugraue Kittel mit einem eingestickten S. S. H. (Service Social à l'Hopital), die nur den Nachteil haben, daß sie nach der Wäsche bald verblichen und unansehnlich sind. In Düsseldorf werden sehr hübsche, kräftigblaue Leinenkleider getragen, dazu die Brosche der städtischen Schwesternschaft. In Hamburg, wo der Fürsorgedienst im Krankenhaus vom Landesverein des Roten Kreuzes ausgeübt wird, tragen die Fürsorgerinnen einen weißen Mantel und eine mit dem roten Kreuz versehene Armbinde; in der Berliner Universitätsfrauenklinik ebenfalls den weißen Mantel mit einer Binde, auf der das Wort „Krankenhausfürsorgerin“ eingestickt ist. Erfahrungsgemäß sehen aber die Patienten wohl die Binde, lesen jedoch die Schrift nicht.

Die zweckmäßigste Bekleidung wäre vielleicht der weiße Mantel und eine von derjenigen der Schwestern abweichende Haube, auf der das Wort „Krankenhausfürsorgerin“ eingestickt ist. Der Hygiene wäre auf diese Weise Genüge getan, und jeder, der mit der Fürsorgerin spricht, wüßte genau, wen er vor sich hat, wodurch manches Mißverständnis vermieden würde.

## V. Auswahl und Ausbildung der Krankenhausfürsorgerin.

Sobald von der Ausbildung der Krankenhausfürsorgerin die Rede ist, wird meist hervorgehoben, daß die Eignung der Persönlichkeit und nicht die Ausbildung das Wichtigste ist. Trotzdem wird nur in England von dem Institute of Hospital Almoners in London vor Beginn der Ausbildung eine gewisse Auslese getroffen: jede Bewerberin muß 3 Persönlichkeiten angeben, denen sie bekannt ist, und die der Geschäftsführer um eine vertrauliche Auskunft über sie bittet; ferner wird von ihr die Ausfüllung eines Fragebogens bezüglich ihrer bisherigen Ausbildung und Tätigkeit verlangt. Nachdem sie einige Tage in einem Krankenhaus der Fürsorgearbeit beigewohnt hat, muß sie vor einem Komitee zu persönlicher Rücksprache erscheinen. Auf Grund des dabei gewonnenen Eindrucks, des Berichtes der Krankenhausfürsorgerin, bei der sie assistiert hat, der eingegangenen Auskünfte und des ausgefüllten Fragebogens wird von dem Komitee entschieden, ob die Bewerberin für den Beruf der Krankenhausfürsorgerin als geeignet erscheint.

Die charakterlichen Eigenschaften, die eine Krankenhausfürsorgerin besitzen muß, sind zunächst einmal diejenigen, die wir von allen Fürsorgerinnen verlangen müssen: d. h. warme Anteilnahme an dem Schicksal anderer und die Fähigkeit, sich in selbstloser Hingabe energisch für sie einzusetzen, Selbstbeherrschung und Geduld, absolute Zuverlässigkeit und Pflichttreue. Dazu bedarf die Krankenhausfürsorgerin noch ein besonderes Maß an Takt und Anpassungsfähigkeit, wie es bei ihrer nicht ganz einfachen Stellung im Krankenhaus notwendig ist, wo sie mit Sicherheit auftreten muß, ohne unbescheiden zu wirken.

An verstandesmäßiger Begabung ist Klarheit des Denkens, das sie befähigt, die notwendigen Gesetzeskenntnisse zu erwerben, Urteilsfähigkeit in bezug auf Menschen und Verhältnisse und die Kunst, Menschen zu behandeln, für jede Fürsorgerin wichtig. Die Krankenhausfürsorgerin wird darüber hinaus eine, ich möchte sagen „schöpferische Phantasie“ brauchen, um in den verschie-

denen, teilweise sehr verwickelten Lebensumständen, die sie entwirren soll, nicht schematisch vorzugehen, sondern in jedem Einzelfall immer neue Wege für eine Hilfe ausfindig machen zu können. Je nach dem Grade, in dem sie diese Eigenschaften besitzt, wird sie ihren Beruf mehr oder weniger gut ausfüllen.

Es ist für die Krankenhausfürsorgerin erwünscht, daß sie mit diesen inneren Gaben auch ein angenehmes Äußere verbindet, zumindest darf sie weder durch ihr Äußeres noch durch ihr Wesen, ihr Organ, ihre Art zu sprechen u. dgl. abstoßend oder ermüdend auf den Kranken wirken.

Zu diesen natürlichen Gaben muß sie ein beträchtliches Maß von Wissen erwerben: selbstverständlich ist es, daß sie Übung im Umgang mit Kranken erlangen muß; weiterhin ist es sehr wichtig für sie, Kenntnisse über allgemeine Gesundheitspflege, Wochenbett, Säuglings- und Kinderpflege sowie der am häufigsten vorkommenden Krankheiten, ihre Entstehung und ihre Folgezustände, die wichtigsten Symptome, ihre Wirkung auf die Psyche des Kranken, die Methoden ihrer Verhütung und Bekämpfung, bei ansteckenden Krankheiten die Art ihrer Übertragung zu haben. Zu den Krankheiten, über die die Krankenhausfürsorgerin unterrichtet sein muß, möchte ich nicht nur die als Volkskrankheiten bekannten, wie Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Rachitis, Alkoholismus, sondern auch Krebs, Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten, Herzleiden und vor allem auch Nervenkrankungen gerechnet wissen.

Nicht unwesentlich in diesem Zusammenhang ist auch eine gewisse Berufskunde, so daß sie wenigstens in großen Umrissen zu beurteilen versteht, welche Berufe etwa für ihre Schützlinge nach der Entlassung in Frage kommen, bzw. welche körperlichen und geistigen Anforderungen die verschiedenen Berufe stellen.

Als zweites großes Gebiet muß sie sich eine gründliche Kenntnis der gesamten Fürsorgegesetzgebung mit besonderer Berücksichtigung der Sozialversicherung aneignen und drittens sich Kenntnisse über die verschiedenen Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt, in der sie arbeitet, verschaffen. Es ist notwendig, daß sie genau darüber unterrichtet ist, welche Einrichtungen vorhanden sind, und welche Funktionen sie ausüben, um sie im entsprechenden Fall für ihre Schützlinge zur Hilfe heranziehen zu können.

Auch hauswirtschaftliche Kenntnisse sind sehr erwünscht, da es öfters nötig sein wird, Ratschläge über die Einteilung des Wirtschaftsgeldes zu geben und Anweisungen für die Zubereitung von Diät usw. zu erteilen.

Als letztes ist noch die Fähigkeit, sich mündlich sowie schriftlich klar und sachlich auszudrücken, zu nennen.

Für nicht erforderlich dagegen halte ich für eine Krankenhausfürsorgerin unmittelbar technische Kenntnisse der Krankenpflege, die in der rein krankenpflegerischen Ausbildung eine große Wichtigkeit besitzen und deshalb viel Raum einnehmen. Es genügt für sie, wenn sie, wie oben erwähnt, Erfahrung im Umgang mit Kranken, Kenntnis der verschiedenen Krankheiten und des Krankenhausbetriebes gewinnt.

Vielleicht ließe sich deshalb die krankenpflegerische Ausbildung auf  $\frac{1}{2}$ —1 Jahr reduzieren. In  $\frac{1}{2}$  Jahr allerdings könnte die Fürsorgerin bestenfalls auf 3 Abteilungen des Krankenhauses arbeiten, während es für sie erwünscht ist, mit möglichst vielen medizinischen Disziplinen bekannt zu werden. Die Ausbildung in der Säuglingspflege, die an Stelle der krankenpflegerischen Tätigkeit als Vorbereitung für Gesundheitsfürsorgerinnen ebenfalls möglich ist, bietet der Krankenhausfürsorgerin keine ausreichenden Kenntnisse.

Als beste Ausbildung der Krankenhausfürsorgerin wird die in England übliche bezeichnet. Sie erstreckt sich über 2 Jahre und besteht in: 1. viermonatiger Vollarbeit in dem Büro einer maßgeblichen Wohlfahrtsorganisation, 2. neunmonatigem theoretischen Unterricht unter Leitung der Londoner school of economics (Wohlfahrtsschule der Londoner Universität angegliedert), 3. elf Monate langer Fürsorgearbeit unter der Leitung einer Krankenhausfürsorgerin in einem Krankenhaus, das als Ausbildungsstätte für Krankenhausfürsorgerinnen anerkannt ist.

In Deutschland können für den Posten der Krankenhausfürsorgerin als geeignete Anwärterinnen gelten: Staatlich geprüfte

1. Fürsorgerinnen aus Gruppe I (Gesundheitsfürsorge),
2. Fürsorgerinnen aus Gruppe III (Wirtschaftsfürsorge),
3. Familienfürsorgerinnen.

Die Tatsache, daß drei verschiedene Arten von Vorbildung dafür genannt werden, zeigt schon, daß keine einzige von ihnen alle Erfordernisse erfüllt.

Die Gesundheitsfürsorgerin wird häufig nicht völlig ausreichende Kenntnis der Gesetze, besonders der Sozialversicherung, besitzen, da sie in der Regel sich nur mit einem Fürsorgegebiet, der Tuberkulose oder der Säuglingspflege usw., zu beschäftigen hat. Sie wird den vielgestaltigen Anforderungen, die in fürsorglicher Beziehung an die Krankenhausfürsorgerin herantreten, vielleicht nicht ganz gewachsen sein. Auch ist es für sie manchmal eine Schwierigkeit, sich schriftlich klar und geschickt auszudrücken.

Dieser Mangel ist nicht so unwesentlich, wie er vielleicht erscheinen könnte. Nicht nur werden ihre Anträge einen größeren Erfolg haben, wenn sie imstande ist, die Notwendigkeit der von ihr befürworteten Hilfe klar und überzeugend darzulegen, auch für die Abfassung schriftlicher Berichte ist eine gewisse Gewandtheit und Klarheit des schriftlichen Ausdrucks sehr wünschenswert. Die Aufgabe dieser schriftlichen Berichte ist es:

- „1. Das Gedächtnis der Fürsorgerin zu unterstützen,
2. Ihre Ansichten über die aus der Arbeit sich ergebenden Probleme herauszuarbeiten und zu klären,
3. Über den Einzelfall und seine Behandlung ein klares Bild zu geben, damit, falls eine Weitergabe erforderlich wird, andere Organe der Fürsorge innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses darauf aufbauen zu können,

4. Die Beschaffung von Material für Unterricht und Forschung<sup>1</sup>.

Ihrer ganzen Ausbildung nach aber ist die Gesundheitsfürsorgerin mehr aufs Praktische eingestellt. Auch mangelnde Kenntnisse in Stenographie und Maschinenschreiben sind ihr hinderlich.

Der Fürsorgerin aus Gruppe III dagegen fehlt die Vertrautheit des Umgangs mit Kranken, die Kenntnis des Krankenhausbetriebes, ja auch vielfach die Kenntnis der Krankheiten, wie ich sie als erforderlich oben dargestellt habe. Es scheint mir dies eine ebenso empfindliche und schwer auszufüllende Lücke zu sein wie die der Ausbildung der Gesundheitsfürsorgerin anhaftende.

Falls die Familienfürsorgerin nicht als Gesundheitsfürsorgerin ausgebildet ist, trifft auf sie dasselbe zu wie auf die Fürsorgerin aus Gruppe III; ist sie dagegen eine Familien-Gesundheitsfürsorgerin, so dürften ihre umfassenden fürsorgerischen Kenntnisse sowie ihre gesundheitspflegerische Schulung sie am besten für die Ausfüllung einer Stellung als Krankenhausfürsorgerin befähigen. Doch vermissen wir auch bei ihrer Ausbildung die Vermittlung hauswirtschaftlicher Kenntnisse.

Trotz dieser Mängel, die den verschiedenen Methoden wohlfahrtspflegerischer Ausbildung vom Standpunkt des Fürsorgedienstes im Krankenhaus noch anhaften, erscheint es nicht ratsam, ähnlich wie in England, eine Spezialausbildung für die Krankenhausfürsorgerin einzuführen. Vielmehr wäre im Rahmen des Lehrplans der Wohlfahrtsschulen sowie in der Art der vorbereitenden Ausbildung eine stärkere Berücksichtigung der Anforderungen ihres Berufes anzustreben.

Als Ergänzung der Ausbildung ist ein Praktikum unter Leitung

<sup>1</sup> Dr. CABOT, Die soziale Krankenhausfürsorge, Vorbericht für den Internationalen Kongreß für Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik 1928.

einer erfahrenen Krankenhausfürsorgerin im Anschluß an den Besuch der Wohlfahrtsschule erforderlich. Für die Familien-Gesundheitsfürsorgerin dürfte eine Zeit von 3 Monaten dafür völlig ausreichend sein, für die Gesundheitsfürsorgerin würden etwa 6 Monate ausreichen, während die Fürsorgerin aus Gruppe III zweckmäßig 6—9 Monate in der Krankenhausfürsorge praktizieren würde.

Ich halte dieses Praktikum deshalb für erforderlich, weil die Krankenhausfürsorgerin, wenigstens bei uns in Deutschland, zu meist noch die einzige Vertreterin fürsorgerischer Gedankengänge und Kenntnisse im Krankenhaus ist. Wenn auch nicht zu verkennen ist, daß das Interesse an fürsorgerischen Fragen bei den Klinikern und Schwestern im Zunehmen begriffen ist, so kann auch bei weitestgehendem Verständnis auf Seiten der Krankenhaus-ärzte und Schwestern von einer Beherrschung der Materie nicht die Rede sein. Es bietet sich der Krankenhausfürsorgerin daher fast niemals die Gelegenheit, im Krankenhaus sachverständigen Rat über ihre Tätigkeit einzuholen. Sie tritt nicht, wie die meisten anderen Fürsorgerinnen in einen Kreis von Kolleginnen, der unter Leitung eines Fürsorgearztes oder einer Oberfürsorgerin steht. Es ist deshalb für sie unmöglich, in schwierigen Fällen die Ansicht eines Vorgesetzten oder einer Kollegin zu hören, und sie ist ganz auf ihr eigenes Können angewiesen. Durch die Arbeit als Praktikantin lernt sie die Schwierigkeiten, Erfordernisse und Möglichkeiten der Krankenhausfürsorge aus eigener praktischer Arbeit genau kennen und beurteilen und wird daher den an sie heran tretenden Anforderungen leichter gewachsen sein.

Wenn wir uns mit der Auswahl und Ausbildung der Krankenhausfürsorgerinnen beschäftigen, müssen wir uns bewußt sein, daß wir im Augenblick in einer Übergangsperiode stehen. In den letzten 3 Jahren hat die Überzeugung von dem Nutzen und der Unentbehrlichkeit des Fürsorgedienstes im Krankenhaus so schnell an Boden gewonnen, daß vielerorts der Wunsch nach seiner Einführung entstanden ist, ohne daß genügend geschulte Kräfte oder die zu ihrer Besoldung notwendigen Mittel zur Verfügung standen. Wir können uns deshalb nicht nur mit der endgültig wünschenswerten Ausbildung einer Krankenhausfürsorgerin beschäftigen, sondern müssen auch in Erwägung ziehen, welche Möglichkeiten einer beschleunigten Schulung als Kompromiß für die nächsten Jahre gelten können. Man hat in Deutschland den Standpunkt eingenommen, daß es besser ist, mit der Einführung der Krankenhausfürsorge an einem Ort erst einmal den Anfang zu machen, sei es auch mit ungenügenden oder mangelhaft vor-

gebildeten Kräften, als zu warten, bis ausreichend gutgeschulte Krankenhausfürsorgerinnen zur Verfügung ständen. Über die Richtigkeit dieser Auffassung zu entscheiden, ist hier nicht der Ort. Jedenfalls ist von verschiedenen Seiten versucht worden, Schwestern in den Beruf der Krankenhausfürsorgerin einzuführen, obgleich ihnen die nötige Ausbildung fehlte. Dies geschah zum Teil auch deshalb, weil die Krankenhäuser häufig den Wunsch haben, einer ihrer eigenen Schwestern das Amt der Krankenhausfürsorgerin zu übertragen und sie doch nicht für 2 Jahre beurlauben möchten, um ihr die vorschriftsmäßige Ausbildung zukommen zu lassen. Solche Krankenschwestern, die zwar keine fürsorgerischen Kenntnisse, wohl aber die persönliche Eignung und Neigung für den Fürsorgerinnenberuf besitzen, könnten meiner Ansicht nach in 6—9 Monaten durch sehr intensiven theoretischen Unterricht und gleichzeitige praktische Arbeit in der Fürsorge, darunter auch in der Krankenhausfürsorge, die notwendigsten Kenntnisse erwerben. Aber selbst für diese Zeit können die Krankenhäuser sich oft schwer entschließen, die Schwester zu beurlauben. Es haben deshalb Einführungskurse von etwa 4 Wochen Dauer stattgefunden, weitere solche Kurse sind für die Zukunft geplant. Diese 3- und 4-Wochen-Kurse kann man nur dann gelten lassen, wenn die betreffenden Schwestern schon anderweitig in der Fürsorgearbeit gestanden haben, fürsorgerisch also nicht ungeschult sind. Aufsonstige Versuche einer Schulung, die hinter diesen Mindestanforderungen noch zurückbleiben, kann der Begriff „Ausbildung“ selbst für die Übergangszeit nicht mehr Anwendung finden.

Diese Schwestern, die sich in kurzer Zeit ein Wissen aneignen sollen, das dem zweijährigen Pensum entspricht, müssen ganz besonders sorgfältig ausgewählt werden. Völlig abwegig ist die Annahme, daß ältere Schwestern, die dem Stationsdienst nicht mehr voll gewachsen sind, den Beruf der Krankenhausfürsorgerin noch erfolgreich ausüben können. Es dürfte ihnen sowohl an körperlicher wie an geistiger Beweglichkeit und Leistungsfähigkeit für dieses schwierige, verantwortungsvolle Amt fehlen, das ebenso hohe Anforderungen an seine Träger stellt wie der Stationsdienst. Die Auffassung, daß die Ausübung der Fürsorge ein halber Ruheposten sei, kann nur bei solchen Persönlichkeiten Platz greifen, denen dieses Arbeitsgebiet noch fremd ist. Auch dürfte es für ältere Schwestern eine schwere Aufgabe sein, die theoretischen Kenntnisse zu erwerben, die unentbehrlich sind, um sich in dieses ihnen ganz fremde Gebiet einzuarbeiten.

Für solche verkürzte Ausbildung geeignet sind deshalb lebensfrische, kluge und aufnahmefähige Schwestern; es ist günstig,

wenn diese vorher im Krankenhausbüro tätig waren, da hier manches von ihnen verlangt wird, dessen Kenntnis ihnen bei ihrer Tätigkeit als Krankenhausfürsorgerin zugute kommt.

## VI. Richtlinien verschiedener Organisationen für den Fürsorgedienst im Krankenhaus.

### 1. Auszug aus den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen.

#### a) Vorbemerkung.

Unter der *Bezeichnung* „Fürsorgedienst im Krankenhaus“ wird eine Reihe von Maßnahmen zusammengefaßt, die den erfolgreichen ärztlichen und pflegerischen Dienst am Kranken vorbereiten, begleiten und fortsetzen.

Das *Ziel* dieser Maßnahmen ist Erhöhung des individuellen Wohlbefindens, Unterstützung und Ergänzung der Heilbehandlung, Förderung der sozialen Brauchbarkeit des Einzelnen und Verallgemeinerung der sozialen Vorbeugung.

Die *Notwendigkeit* einer planmäßigen Ausgestaltung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus ergibt sich hauptsächlich aus 3 Gesichtspunkten:

1. Der in einer Krankenanstalt befindliche *Kranke* bekommt leicht ein Gefühl der Unpersönlichkeit in der Behandlung, wenn Fragen, die über das Arbeitsgebiet von Arzt und Pflegepersonal hinausgehen, nicht die gebührende Berücksichtigung finden. Die Trennung von dem Leben draußen erhöht in ihm das Gefühl der Hilflosigkeit. Die Sorge um seine eigene Zukunft und um das Schicksal seiner Angehörigen bedrückt ihn und verzögert die Wiederherstellung, die Unkenntnis vorhandener Wohlfahrtseinrichtungen und anderer sozialer Hilfsmittel beraubt ihn auch gesundheitlich wertvoller Möglichkeiten.

2. Der *Krankenhausarzt* bedarf objektiver Angaben über die häusliche, wirtschaftliche, berufliche Vorgeschichte des Kranken, ohne die er nicht selten bei der Feststellung der Diagnose behindert und in der Behandlung beschränkt ist, während er bei Berücksichtigung des sozialen Momentes oft kausal wirken und auch auf die sozialen Folgen einer Erkrankung durch frühzeitige Inanspruchnahme aller in Betracht kommenden Möglichkeiten zum Nutzen des Kranken und der Allgemeinheit stärkeren Einfluß gewinnen könnte.

3. Der *Anstaltsbetrieb* kann durch die im Fürsorgedienst gegebene vervollkommnung der Heilbehandlung wirtschaftlicher gestaltet werden, was sich vornehmlich in Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und Vermeidung unnötiger Aufnahmen ausdrücken wird. Die offene Fürsorge muß Gelegenheit erhalten, im unmittelbaren Anschluß an den Anstaltsaufenthalt rechtzeitig und durchgreifend einzutreten, sie wird dadurch produktiver und wirkt sparend. Die Ergebnisse der individuellen Krankenbehandlung müssen möglichst lückenlos der sozialen Vorbeugung nutzbar gemacht werden, um der Verwahrlosung des Kranken und seiner Angehörigen auf gesundheitlichem, wirtschaftlichem oder erzieherischem Gebiete entgegenzuarbeiten.

Diese Gesichtspunkte gelten in gleichem Maße für Krankenanstalten aller Art und jeder Größenordnung.

*Die Aufgaben gliedern diese Richtlinien in:*

I. *Den Fürsorgedienst am Kranken als Person (geistliche und weltliche Fürsorge).* Hierunter wird die Ermittlung der „Lebensbedingungen des Kranken, die auf Krankheitsanlage, Krankheitserregung und Krankheitsverlauf Einfluß haben könnten“, verstanden. „Weiter soll dahin gestrebt werden, durch Aussprache mit dem Kranken seine besonderen Sorgen kennenzulernen, sie, soweit sie unbegründet sind, zu zerstreuen, soweit sie begründet sind, durch entsprechende Gegenmaßnahmen zu beheben und so die Überwindung des Krankheitserlebnisses zu beschleunigen.“ Ferner soll durch Unterhaltung, durch Vorlesen, Vorträge, Musikaufführungen, Teilnahme am Rundfunk für Zerstreuung und Ablenkung gesorgt werden.

II. *Den Fürsorgedienst für den Kranken als Glied der Gesellschaft;* wobei besonders auf die Wahrung des Zusammenhanges mit den Angehörigen hingewiesen wird. Ebenso „ist darauf zu achten, daß der Kranke durch den Anstaltsaufenthalt keiner Rechte an die Gesellschaft verlustig geht. Vornehmlich ist danach zu streben, daß die verordnete Behandlung nicht aus Mangel an Geldmittel scheitert, sondern daß die jeweils in Betracht kommenden Stellen in Anspruch genommen werden. Hierher gehört hauptsächlich die Regelung aller mit der sozialen oder privaten Versicherung zusammenhängenden Fragen (Sorge für formgerechte rechtzeitige Anträge).

Die öffentliche und private Wohlfahrtspflege soll, falls erforderlich, für den Kranken interessiert und zur Beteiligung an der Aufbringung notwendiger Geldmittel oder anderer Hilfen herangezogen werden.

Es muß darauf gesehen werden, daß Pflichten gegen die Außenwelt nicht versäumt, wenn notwendig aushilfsweise von anderer Seite übernommen werden, damit der Kranke nach der Entlassung nicht Schädigungen ausgesetzt ist, die den Behandlungserfolg hinfällig machen (Bezahlung der Miete, Gasrechnung, Steuern usw.).

Von wesentlicher Bedeutung ist die Sicherung des Kranken im Beruf: Arbeitgeber, Behörden usw. sollen über den Verlauf der Erkrankung in objektiver Weise auf dem laufenden gehalten, Entlassungen vermieden, selbständige Gewerbetreibende rechtzeitig gestützt werden usw.“

III. *Die Vorsorge für die erste Zeit nach der Entlassung.* „Belehrung des Kranken über die individuellen und sozialen Folgen seiner Erkrankung, insbesondere auch über die weitere Lebensweise, Diät, Fortsetzung der Behandlung usw., sowie die Auskunftserteilung über die Wege, auf denen er weiter Hilfe erhalten kann.“ „Vorbereitung sachlicher oder persönlicher Hilfe für die Übergangszeit (Geldunterstützung, Zusatznahrung, Feuerungsmaterial, kleine Heilmittel, Krankenfahrstuhl, Unterlagen, Wirtschaftsführung durch Hauspflege, ambulante Krankenpflege usw.).“ Durch Überleitung in andere Anstalten oder Einrichtungen der halboffenen und offenen Fürsorge, durch Wohnungsfürsorge und -pflege und endlich durch Berufsfürsorge.

Der Abschnitt schließt mit einem Hinweis darauf, daß es dringend erwünscht ist, „die geschilderten Aufgaben auch für die Besucher von Polikliniken und Ambulatorien, mit besonderer Berücksichtigung der Sicherung verordneter Behandlung, durchzuführen.“

## 2. Richtlinien für die soziale Krankenhausfürsorge in katholischen Anstalten.

### a) Wesen und Notwendigkeit der sozialen Krankenhausfürsorge.

Die soziale Krankenhausfürsorge ist ihrem Wesen nach eine Zusammenfassung fürsorgerischer Maßnahmen, die den erfolgreichen ärztlichen und pflegerischen Dienst am Kranken vorbereiten, begleiten und fortsetzen. Sie soll die Krankenhauspflege ergänzen und dem Kranken das bieten, was Arzt und Pflegepersonal ihm nicht bieten können. Im wesentlichen hat sie sich auf eine vermittelnde Tätigkeit zu beschränken und die nachgehende und unterstützende Fürsorge andern Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege zu überlassen.

Die *Notwendigkeit* dieser Fürsorge ergibt sich aus der Hilflosigkeit des einzelnen Kranken, der, von der Außenwelt abgeschnitten und in Unkenntnis vorhandener Wohlfahrtseinrichtungen und anderer sozialer Hilfsmittel, um seine eigene Zukunft wie um das Schicksal seiner Angehörigen sich sorgt. Eine Fernhaltung solcher Sorgen, die den Kranken bedrücken und seine Wiederherstellung verzögern, kann nur einem ausgebauten Fürsorgedienst gelingen.

### b) Aufgabenbereich der sozialen Krankenhausfürsorge.

Es sind vier Aufgabengebiete zu unterscheiden:

1. die Fürsorge für den Kranken als Person;
  - a) geistliche Fürsorge,
  - b) weltliche Fürsorge;
2. die Fürsorge für den Kranken als Glied der Gesellschaft;
3. die Fürsorge für die Familie des Kranken;
4. die Fürsorge für die erste Zeit nach der Entlassung.

### c) Organisation der sozialen Krankenhausfürsorge.

Die soziale Krankenhausfürsorge soll den ganzen Menschen erfassen und nicht nur für sein materielles, sondern auch für sein geistliches Wohl Verständnis zeigen. Erfahrungsgemäß offenbart der Mensch gerade in Krankheitstagen ein gesteigertes Bedürfnis auch nach religiöser Betreuung. Diesem Bedürfnis hat auch die soziale Krankenhausfürsorge Rechnung zu tragen. Dazu wird aber eine konfessionell orientierte Fürsorge am ehesten in der Lage sein.

1. Der Kreis der Wohlfahrtsaufgaben ist heute so umfangreich geworden, daß deren Bewältigung dem Seelsorger allein nicht mehr gelingt und die Hinzuziehung von Hilfskräften erforderlich wird.

2. Bei Einstellung solcher Hilfskräfte ist nicht nur auf die religiöse Einstellung und auf die für den Dienst am kranken Menschen unbedingt erforderlichen Charaktereigenschaften Rücksicht zu nehmen, sondern nicht zuletzt auch auf eine gute Kenntnis aller neuzeitlichen Wohlfahrtsgebiete.

3. Die Tätigkeit der sozialen Krankenhausfürsorge ist in der Hauptsache nur eine vermittelnde; infolgedessen wird für unsere katholischen Krankenhäuser nur in selteneren Fällen eine hauptamtliche Kraft in Frage kommen können. Eine hauptamtliche Kraft wird da erforderlich werden, wo die Bettenzahl eines Krankenhauses oder aller am gleichen Ort befindlichen katholischen Krankenhäuser 500 überschreitet. Für Krankenhäuser mit einer geringeren Bettenzahl wird für gewöhnlich die Anstellung einer nebenamtlich wirkenden Kraft genügen.

4. Da der Deutsche Caritasverband nunmehr in allen Teilen des Reiches durchorganisiert ist und lokale Caritasorganisationen in allen größeren Orten ihren Ausbau gefunden haben, so wird, praktisch genommen, am Ort eines jeden größeren Krankenhauses auch eine örtliche Caritasorganisation vorhanden sein. Der Aufgabenkreis des örtlichen Caritasverbandes entspricht in mehr als einer Hinsicht demjenigen der sozialen Krankenhausfürsorge; überdies hat der örtliche Caritasverband in gleicher Weise mit den Pfarrämtern wie mit dem Wohlfahrtsamt in Ausübung seiner allgemeinen Fürsorgetätigkeit zusammenzuarbeiten. Soweit es sich um katholische Krankenanstalten handelt, wird daher am zweckdienlichsten der lokale Caritasverband oder der Caritasausschuß als Träger der sozialen Krankenhausfürsorge zu betrachten sein. Er wird auch am ehesten in der Lage sein, die Hilfskräfte zur Verfügung zu stellen, ohne welche durchgreifende Hilfsmaßnahmen der nur vermittelnden Krankenhausfürsorge nicht möglich sind.

5. Ob die soziale Krankenhausfürsorge von einem Mitglied der in der Anstalt tätigen Schwesternschaft oder von einer Fürsorgerin außerhalb der Anstalt ausgeübt wird, wird von Fall zu Fall zu entscheiden sein. Die Fürsorge kann aber nur dann wirklich ersprießliches wirken, wenn sie in engster Fühlungnahme mit der Anstaltsleitung und der Ärzteschaft bleibt, anderseits aber ein gewisses Maß von Neutralität und Unabhängigkeit sich sichert.

### 3. Richtlinien für die evangelische soziale Krankenfürsorge.

(Auf Grund der Beschlüsse der Mitgliederversammlung in Köln 1927.)

I. Die evangelische soziale Krankenfürsorge ist bei der heutigen sozialen Lage eine notwendige Ergänzung des ärztlichen, pflegerischen und seelsorgerischen Dienstes an den Kranken, vornehmlich in evangelischen Krankenhäusern. Sie erfordert eine besondere Kraft, die in fürsorgerischer, überwiegend vermittelnder Tätigkeit im Innen- und Außendienst beweglich ist, als es die einzelne Stationsschwester sein kann.

Ziel der evangelischen sozialen Krankenfürsorge ist:

die Behebung der Sorgen, die den Kranken bezüglich seiner sozialen Lage und der seiner Familie beunruhigen;

damit die Erhöhung seines inneren und äußeren Wohlbefindens und die darin gegebene Unterstützung und Ergänzung der Heilbehandlung seines speziellen Leidens und der ihm dienenden Seelsorge;

die Ausnutzung sämtlicher Möglichkeiten sozialer Gesetzgebung und öffentlicher und privater sozialer Einrichtungen für die Behebung der Notlage; die unmittelbare persönliche Vermittlung zwischen dem Kranken und den Fürsorgestellten der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege;

die Vorbereitung seiner sozialen Einordnung nach der Entlassung;

die durch die Fühlung mit der Familie gegebene Möglichkeit der Vorbeugung gesundheitlicher und sozialer Notstände.

Diese Fürsorgetätigkeit soll zu keiner Entwöhnung von Selbsthilfe und Selbstverantwortung führen. Sie ist aber im Hinblick auf die heutige wirtschaftliche Lage der meisten Kranken ebenso notwendig wie sie wichtig ist für die größere Wirtschaftlichkeit der evangelischen Krankenhäuser.

Die evangelische soziale Krankenfürsorge hat zur Erreichung ihrer obengenannten Ziele mit allen in Betracht kommenden öffentlichen und freien Fürsorgeeinrichtungen, Behörden und Vereinen, zusammenzuarbeiten und im besonderen alle vorhandenen evangelischen Wohlfahrtsstellen und Kräfte für die hilfsbedürftigen Kranken heranzuziehen.

II. Die Organisation der evangelischen sozialen Krankenfürsorge ist je nach der örtlichen Lage und den Arbeitsverhältnissen verschiedenen Trägern zu übertragen; sie soll aber, wo irgend durchführbar, im Anschluß an eigene evangelische Krankenpflege und Wohlfahrtseinrichtungen durchgeführt werden.

Es ergeben sich folgende Möglichkeiten zur Ausübung dieses Fürsorgedienstes:

1. Tätigkeit vom Krankenhaus aus durch Anstellung einer ausgebildeten evangelischen sozialen Krankenfürsorgerin oder

durch Bereitstellung einer geeigneten Schwester des Krankenhauses mit besonderer fürsorglicher Nachschulung.

2. Tätigkeit vom Evangelischen Jugend- und Wohlfahrtsdienst (bzw. -Amt) aus durch eine dort angestellte Fürsorgerin bzw. durch Bereitstellung einer besonderen geeigneten Hilfe, die die evangelischen Kranken in allen in Frage kommenden Häusern betreut.

III. Entsprechend der Verwendung neu einzustellender oder der Verwertung vorhandener Kräfte in evangelischen Krankenhäusern und Wohlfahrtsdiensten (bzw. -Ämtern) wird die Ausbildung oder Nachschulung für die evangelische soziale Krankenfürsorge sich ergeben:

a) Für die hauptamtliche evangelische Krankenfürsorgerin ist die Ausbildung als Wohlfahrtspflegerin nach Gruppe I evtl. III zu erstreben.

b) Für die aus evangelischen Krankenhäusern bereitgestellten staatlich anerkannten Schwestern sind besondere Einführungs- bzw. Nachschulungskurse durchzuführen.

c) Ehrenamtliche Kräfte aus der evangelischen Wohlfahrtspflege sind in besonderen Kursen zu schulen.

d) Für alle in der evangelischen sozialen Krankenfürsorge tätigen Kräfte sind in gewissen Zeitabständen Fortbildungskurse in Form von Freizeiten zu veranstalten.

e) Ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch wird durch die Geschäftsstelle des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes erfolgen.

IV. Die Vertretung der Wünsche und Erfordernisse einer evangelischen sozialen Krankenfürsorge wird durch den Evangelischen Krankenhausverband im Rahmen des Arbeitsausschusses, Fürsorgedienst im Krankenhaus, wahrgenommen, der dieses Arbeitsgebiet innerhalb der Arbeitsgemeinschaft des Reichsverbandes der privaten gemeinnützigen Kranken- und Pflegeanstalten Deutschlands und des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen bearbeitet.

#### 4. Richtlinien für die soziale Krankenhausfürsorge in jüdischen Anstalten.

I. Die soziale Krankenhausfürsorge als Verbindung von Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege ist auch für *jüdische Krankenhäuser* eine notwendige Einrichtung.

Durch Beseitigung sozialer und wirtschaftlicher Hemmnisse gewinnt sie erzieherischen Einfluß auf den Kranken sowie auf die nachfolgende häusliche Behandlung.

II. Die S.K.F. der jüdischen Krankenhäuser muß in enger Verbindung mit den staatlichen, städtischen und jüdischen Behörden und mit der öffentlichen und freien Fürsorge stehen; sie vermittelt den Kranken deren Leistungen sowie den Verkehr mit den Krankenkassen, Versicherungen, Arbeitsnachweisen usw.

III. Der S.K.F. liegt die Ermittlung aller Lebensverhältnisse der Kranken ob, deren Ergebnisse dem Arzt mitgeteilt werden.

IV. Zur Führung der SKF. wird eine hygienisch und sozial geschulte jüdische Fürsorgerin bestellt, die mit allen Gesetzen der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege und mit den Gebräuchen der jüdischen Lebensführung vertraut ist. Ihr stehen ehrenamtliche erfahrene Kräfte zur Seite.

In allen Orten, in denen die Belegungszahl eines Krankenhauses nicht genügend Beschäftigung für eine *staatlich geprüfte* soziale Krankenhausfürsorgerin bietet, soll diese auch mit den Aufgaben der offenen Wohlfahrtspflege bzw. Gesundheitsfürsorge betraut werden.

In all den Orten, in denen Krankenhäuser, deren Träger jüdische Organe sind, nicht existieren, wo sich also Juden zur Aufnahme in die allgemeinen städtischen Krankenhäuser begeben müssen, ist die soziale Krankenhausfürsorge durch ehrenamtlich tätige jüdische Frauen anzustreben. Grundbedingung ist jedoch eine genügende Ausbildung auf dem Gebiete der sozialen Krankenhaus- und Gesundheitsfürsorge.

V. Die S.K.F. muß jeden Dilettantismus vermeiden, nicht nur auf den Zufall der Nachfrage, sondern auf regelmäßigen Sprechzeiten (auch für poliklinische Kranke) und Stationsbesuchen aufgebaut sein, selbstverständlich in Übereinstimmung mit den Ärzten.

Die Tätigkeit der Fürsorgerin ist eine vermittelnde.

Zusammengefaßt ergeben sich als Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge folgende:

A. Die Fürsorge für den Kranken selbst:

1. Beratung in gesundheitsfürsorgerischer, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung, Erledigung von Schriftverkehr, insbesondere mit Behörden, Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege und Versicherungsträgern.

2. Beschaffung von Behandlungskosten, Vermittlung von Heilstätten-, Erholungs- und Kuraufenthalten, Stellung von Anträgen bei den zuständigen Tbc.-Fürsorgestellen betr. Unterbringung von Tuberkulösen in Heilstätten pp. Überleitung in andere Anstalten, insbesondere in Hospitäler.

3. Fürsorge für die erste Zeit nach der Entlassung: Unterkunft, Unterstützung durch Geld oder Naturalien, Hilfe in der Wirtschaftsführung, Pflege der Kranken im Hause (z. B. Beschaffung von Krankenkost, kleinen Hilfsmitteln, Pflegepersonal), Überleitung in Einrichtungen der offenen Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege.

B. Für die Familie:

Beratung in gesundheitsfürsorgerischer und wirtschaftlicher Beziehung, Vermittlung der Fürsorge für aufsichtslose Kinder oder sonst hilflos zurückgebliebene Angehörige, Beschaffung des notwendigsten Lebensunterhalts.

Die Krankenhausfürsorgerin hat für enge Zusammenarbeit mit Ärzten, Schwestern, Seelsorgern und der Verwaltung des Krankenhauses zu sorgen. Insbesondere dürfen gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen *nur in Übereinstimmung* mit dem Arzt getroffen werden.

Zeit und Ort der Sprechstunde sowie eine kurze Erläuterung über Art und Zweck der Krankenhausfürsorge, sind durch Anschlag mindestens im Eingang des Krankenhauses, im Aufnahmebüro, in den Warteräumen und auf den Stationen bekanntzugeben, und evtl. jedem Kranken und seinen Angehörigen bei der Aufnahme auf einem Zettel auszuhändigen.

VI. Bei chirurgisch Kranken, besonders auch bei Kindern, ist seitens der S.K.F. für Belehrung, Zerstreuung und Unterhaltung zu sorgen. Es empfiehlt sich die Einrichtung von sorgfältig ausgewählten Bibliotheken, Anbringung von Radio (ohne Lautsprecher) usw.

Die Fürsorgerin ist berechtigt, Hausbesuche und Ermittlungen, soweit sie es für erforderlich hält, selbst auszuführen.

Die Krankenhausfürsorgerin hat über Name, Adresse und Beruf des Patienten, seine Lebensverhältnisse, sowie die in seinem Interesse ergriffenen Maßnahmen und ihren Erfolg Buch zu führen.

Die Krankenhausfürsorgerin ist für ihre Tätigkeit derjenigen Stelle verantwortlich, in deren Auftrag sie ihr Amt ausübt. Nach Ablauf jeden Monats ist der Direktion des Krankenhauses ein schriftlicher Arbeitsbericht einzureichen.

Die der sozialen Krankenhausfürsorgerin dienstlich zur Kenntnis kommenden Tatsachen fallen unter die Amtsverschwiegenheit.

VII. Die S.K.F. muß durch Verbindung mit den jüdischen und städtischen Wohlfahrtsämtern bedürftigen Kranken bei der Entlassung Kleidung, Schuhe, evtl. Unterkunft usw. beschaffen.

VIII. Die S.K.F. ist ein Weg zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls unter den Juden, des besseren Verständnisses jüdischer Art für Andersgläubige und des sozialen Friedens im deutschen Vaterlande.

## 5. Durchführung der sozialen Krankenhausfürsorge in Groß-Berlin.

Dienstblatt, Teil VII. 129. 22. Juli 25.

**Gesch. Z. Ges. 7. Fernruf: Magistrat 242.**

Im Einvernehmen mit den Gesundheitsdezernenten der Bezirke hat die Deputation für das Gesundheitswesen für die Durchführung der sozialen Krankenhausfürsorge nachstehende Richtlinien aufgestellt:

### I.

Aufgabe der sozialen Krankenhausfürsorge ist, in Zusammenarbeit mit den übrigen Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege dem Patienten des Krankenhauses und der angeschlossenen Polikliniken und der Ambulatorien in allen Nöten mit Rat und Tat zur Seite zu stehen.

Die Tätigkeit der Fürsorgerin ist eine vermittelnde. Sie muß bestrebt sein, die jeweils zuständigen Einrichtungen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege für ihre Schützlinge zu interessieren.

Aufgaben der sozialen Krankenhausfürsorge sind:

A. Die Fürsorge für den Kranken selbst:

1. Beratung in gesundheitsfürsorgerischer, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung, Erledigung von Schriftverkehr, insbesondere mit Behörden, Organen der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege und Versicherungsträgern. Insbesondere ist der Kranke bei der Geltendmachung seiner berechtigten Ansprüche den Krankenkassen usw. gegenüber, sachkundig zu beraten.

2. Vermittlung der Beschaffung von Behandlungskosten, Vermittlung von Heilstätten-, Erholungs- und Kuraufenthalten, Stellung von Anträgen bei den zuständigen Tuberkulose-Fürsorgestellen betr. Unterbringung von Tuberkulösen in Heilstätten usw., Überleitung in andere Anstalten, insbesondere in Hospitäler.

3. Vermittlung der Vorsorge für die erste Zeit nach der Entlassung: Unterkunft, Unterstützung durch Geld oder Naturalien, Hilfe in der Wirtschaftsführung, Pflege des Kranken im Hause (z. B. Beschaffung von Krankenkost, kleinen Hilfsmitteln, Pflegepersonal), Überleitung in Einrichtungen der offenen Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrtspflege.

B. Für die Familie:

Beratung in gesundheitsfürsorgerischer und wirtschaftlicher Beziehung, Vermittlung der Fürsorge für aufsichtslose Kinder oder sonst hilflos zurückgebliebene Angehörige, Vermittlung der Beschaffung des notwendigsten Lebensunterhaltes.

## II.

Die Krankenhausfürsorgerin ist zu enger Zusammenarbeit mit Ärzten, Schwestern und der Verwaltung des Krankenhauses verpflichtet. Insbesondere dürfen gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen nur in Übereinstimmung mit dem Arzt getroffen werden.

Die Krankenhausfürsorgerin hat sich jeder Einmischung in die Krankenpflege im Krankenhause zu enthalten.

## III.

Die Krankenhausfürsorgerin hat nach Bedarf, mindestens zweimal wöchentlich, Sprechstunde abzuhalten. Während der Sprechstunde dürfen andere Personen im gleichen Raume nicht tätig sein.

Zeit und Ort der Sprechstunde sowie eine kurze Erläuterung über Art und Zweck der Krankenhausfürsorge sind durch Anschlag mindestens im Eingang des Krankenhauses, im Aufnahmebüro, in den Warteräumen und auf den Stationen bekanntzugeben.

Die Fürsorgerin muß mindestens einmal wöchentlich die Stationen des Krankenhauses besuchen.

Sie ist berechtigt, Hausbesuche und Ermittlungen, soweit sie solche für erforderlich hält, ausnahmsweise selbst auszuführen. Dabei hat sie aber ständig auf die gebotene Verbindung mit den vorhandenen Organen der Gesundheitsfürsorge bzw. Jugend- und Wohlfahrtspflege zu achten.

## IV.

Die Krankenhausfürsorgerin hat über Namen, Adresse, Beruf und Nationale des Patienten und über die in seinem Interesse ergriffenen Maßnahmen und deren Erfolge in ihrem Tagebuch Nachweis zu führen. Außerdem muß sie einen Terminkalender führen.

## V.

Die Krankenhausfürsorgerin ist dem Gesundheitsamt unterstellt. Ihr unmittelbarer Vorgesetzter ist der ärztliche Direktor des Krankenhauses.

## VI.

Die der sozialen Krankenhausfürsorgerin dienstlich zur Kenntnis kommenden Tatsachen fallen unter die Amtsverschwiegenheit.

Wir bitten, soweit dortseits soziale Krankenhausfürsorgerinnen zur Verfügung stehen, für entsprechende Beschäftigung und Eingliederung zu sorgen und über die dabei gemachten Erfahrungen bis zum 1. 10. 26 an den Magistrat — Hauptgesundheitsamt — (Ges. 7) zu berichten.

An die Bezirksämter 1—20.

## 6. Richtlinien der Stadt Barmen.

1. Die Krankenhausfürsorgerin erledigt unmittelbar:

a) Invalidenrentenanträge, Hauszinssteuerangelegenheiten, Durchführung von Heilverfahren, Verhandlungen mit Versicherungsträgern.

b) Überführung von Kranken in Heime, Begleitung Kranker zu Behörden usw.

c) Hausbesuche in unaufschiebbaren Fällen in Zusammenarbeit mit der Stadtfürsorgerin (auf besonderen Wunsch der Krankenhausärzte).

d) Übermittlung von Anordnungen des Krankenhausarztes nach der Entlassung an den behandelnden Arzt.

e) Alle Verhandlungen mit Krankenhausinsassen einschließlich der Wöchnerinnen. (In Ausnahmefällen ist die Stadtfürsorgerin berechtigt, im Einvernehmen mit der Krankenhausfürsorgerin Krankenhausbesuche vorzunehmen.)

f) Bei unehelichen Geburten im Krankenhaus, soweit es sich um Mütter handelt, die in Barmen ihr eigenes Heim haben, werden die Krankenhausbesuche auch durch die Stadtfürsorgerin im Einvernehmen mit der Krankenhausfürsorgerin ausgeführt.

2. Die Krankenhausfürsorgerin unterrichtet zur Veranlassung weiterer Maßnahmen die Stadtfürsorgerin in den nachfolgenden Fällen:

a) Angelegenheiten der Tuberkulosenfürsorge.

b) Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern oder Schulkindern.

c) Durchführung von ärztlichen Verhaltensmaßregeln nach Entlassung des Kranken aus dem Krankenhaus.

3. Die Krankenhausfürsorgerin benachrichtigt unmittelbar die zuständigen Dienststellen bei

a) Überleitung von Krankenhausinsassen in andere Anstalten.

b) Wirtschaftliche Maßnahmen.

c) Übertragung von Invalidenrenten, Erwirkung laufender Unterstützungen oder Versorgungsrenten (soweit die Krankenhausfürsorgerin diese Sachen nicht unmittelbar erledigen kann).

d) Maßnahmen aller Art, um die Entlassung aus dem Krankenhaus zu ermöglichen, z. B. Beschaffung von Wohnung, Kleidung, Unterstützung.

e) Fortschaffung entlassungsfähiger Wanderer in die Heimat.

## 7. Sonderabdruck aus: Fortschritte der Gesundheitsfürsorge

Jahrg. 3, Nr. 5, 1929.

**Die Eingliederung der sozialen Krankenhausfürsorge in das System der Gesundheitsfürsorge.** *Leitsätze* von Professor ROTT (Berlin) zu seinem Referat auf der Mitgliederversammlung des Vereins Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité. Berlin, 11. März 1929.

1. Trotz der relativ kurzen Entwicklungsgeschichte der Sozialen Krankenhausfürsorge kann heute festgestellt werden, daß deren Wesen und Form so weit klar definiert sind, daß ihre Stellung innerhalb der Volkswohlfahrtspflege präzisiert und fixiert werden kann. Die Soziale Krankenhausfürsorge befindet sich nicht mehr im Stadium des Experimentes. Die von privater Seite geleistete Pionierarbeit ist als abgeschlossen zu betrachten.

2. Wie bei anderen Spezialzweigen der Volkswohlfahrtspflege hat auch die Soziale Krankenhausfürsorge ihren Ausgangspunkt von der Wirtschaftsfürsorge genommen. Trotzdem ist sie überall aus gesundheitlichen Gesichtspunkten heraus eingerichtet worden. Das Ausland hat früher als wir die gesundheitsfürsorgerische Bedeutung der Sozialen Krankenhausfürsorge erkannt.

3. In Deutschland war die Krankenhausfürsorgerin zunächst nichts anderes als die *Vertreterin* des durch seine körperliche Hinfälligkeit behinderten Kranken. Allmählich wurde sie zur *Beraterin* des Kranken in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung.

4. Die Soziale Krankenhausfürsorgerin hat sich zur Gesundheitsfürsorgerin

entwickelt. Ihr Tätigkeitsgebiet ist die Betreuung einer fest abgrenzbaren Bevölkerungsgruppe, nämlich der infolge ihrer Krankheit und des dadurch bedingten Krankenhausaufenthaltes besonders gefährdeten Krankenanstaltsinsassen und deren zurückgelassenen Familienangehörigen. Die durch die Soziale Krankenhausfürsorgerin vermittelte Beratung oder Wirtschaftshilfe geschieht in der ausgesprochenen Absicht, den körperlichen und geistigen Gesundheitszustand des Kranken zu fördern und die in wirtschaftlicher Not zurückgelassenen Familienmitglieder durch wirtschaftliche Hilfe oder gesundheitliche Beratung vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren.

5. Die Tätigkeit der Sozialen Krankenhausfürsorgerin ist wie bei jeder Gesundheitsfürsorgerin a) eine vermittelnde, b) eine selbständig eingreifende. In der vermittelnden Arbeit kombiniert die Soziale Krankenhausfürsorgerin alle Fürsorgezweige, soweit die Krankenhausinsassen in Betracht kommen. (Vgl. ENGFEL, Kinderkrankenhausesfürsorge. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. 2, Heft 7/8, 1927. GOLDMANN, Die Aufgaben der Sozialen Krankenhausfürsorge. Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 49, 1926.) In unmittelbarer Arbeit werden von ihr außerdem Krebskranke, Stoffwechselkranke (Diabetiker), Herzkranke und Geisteskranke, für welche Spezialmaßnahmen im System der Gesundheitsfürsorge noch fehlen, betreut. Im einzelnen bestehen die Aufgaben der Sozialen Krankenhausfürsorgerin in:

a) *Unterstützung der ärztlichen Diagnose durch die soziale Diagnose* (vgl. MAC-EACHERN, How Social Service supplements Treatment, The Modern Hospital, December 1928. PRUITT, Hospital Service in Diagnosis and Treatment. China Medical Journal, June 1928) und *Feststellung der sozialen Bedingtheit der Krankheit* (bei uns noch wenig ausgebaut).

b) *Belehrung der Angehörigen über das Wesen der Erkrankung* (vgl. FINKE, Krankenhausfürsorge für Geisteskranke. Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, Jg. 2, S. 222. 1928).

c) *Psychische Beeinflussung des Kranken, Belehrung und Beeinflussung des Anstaltsinsassen über eine dem Gesundheitszustand angemessene Lebensweise* (Wöchnerinnen, Tuberkulöse) (vgl. Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, herausgegeben vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen im Juni 1926).

d) *Belehrung der Kranken über die Wichtigkeit laufender ärztlicher Überwachung* (Zuweisung von Krebs-, Geschlechts- und Lupuskranken zur Nachuntersuchung, Ermahnung zur Durchführung einer Heilkur, Zuweisung von Mutter und Säugling an die Fürsorgestelle u. a. m.).

e) *Benachrichtigung der zuständigen Spezialfürsorgestellen, und zwar vor der Entlassung des Kranken über notwendiges Eingreifen, Vermittlung geeigneter Pflegestätten für ledige Wöchnerinnen und unehelich Neugeborene.*

f) *Beseitigung der psychischen Hindernisse, die einer Behandlung im Wege stehen* (Angst vor Operation, falsche Beurteilung einer Krankheit, Belehrung über mögliche Folgen, wenn ärztliche Verordnungen nicht beachtet werden).

g) *Nähere Erläuterung über die Durchführung ärztlicher Verordnungen* (Diät bei Diabetikern, Diät und Medikation bei rachitischen Kindern u. a.).

h) *Sicherung des Krankenhauserfolges durch nachgehende Fürsorge, im Falle eine Spezialfürsorgestelle nicht vorhanden ist.* (Berufsumleitung, häusliche Kontrolle, Beseitigung gesundheitsschädlicher Gewohnheiten, vgl. FINKE, Krankenhausfürsorge für Geisteskranke, Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, S. 222, 1928.)

i) *Vorbeugende Gesundheitsfürsorge für die Familie des Kranken* (vgl. Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, herausgegeben vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen, Juni 1926, 2/3,

vgl. HEDWIG LANDSBERG, Die Notwendigkeit einer sozialen Fürsorge in Polikliniken und Ambulatorien, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, Nr. 4, Juli 1927, vgl. *Hix*, Social Service in the hospital Program. Hospital Social Service, Bd. 18, Nr. 5, November 1928).

6. Um diesen im Wesen als Gesundheitsfürsorge anzusprechenden Aufgaben gerecht werden zu können, ist für die Soziale Krankenhausfürsorgerin eine weitgehende Kenntnis von Krankheiten und Krankheitszuständen (vgl. HOCH, Der Fürsorgedienst im Krankenhaus, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Jg. 40, Nr. 12a, Nr. 12a, 1927), sowie des Systems der gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen notwendig. Krankenpflegerische Vorkenntnisse sind für die Ausbildung der Sozialen Krankenhausfürsorgerin ebenso Vorbedingung, wie für jede Gesundheitsfürsorgerin überhaupt.

Nach alledem ist es jetzt auch an der Zeit, die Ausbildungsfragen der Krankenhausfürsorgerinnen zu regeln. Die Zugehörigkeit der Sozialen Krankenhausfürsorgerin zur Gesundheitsfürsorge erfordert die Eingliederung der Ausbildung in die Wohlfahrtsschule und die Erweiterung des Lehrplanes derselben auf das Gebiet der Sozialen Krankenhausfürsorge. Die heute übliche Spezialausbildung geeigneter Persönlichkeiten zu Sozialen Krankenhausfürsorgerinnen kann nur als eine Übergangsmaßnahme angesehen werden.

7. Auch die Forderung auf Eingliederung der Sozialen Krankenhausfürsorge in das System der Gesundheitsfürsorge überhaupt dürfte sowohl im Rahmen der Bestrebungen planmäßiger Gestaltung der Gesundheitsfürsorge liegen, als auch durch den Stand der Entwicklung der Sozialen Krankenhausfürsorge gerechtfertigt sein. Nicht nur die wirksamen gesundheitsfürsorgerischen Erfolge für eine besonders gefährdete Bevölkerungsschicht, sondern auch die Vorteile gut organisierter Sozialer Krankenhausfürsorge für den Gesundheitsetat einer Stadt (vgl. KLOSE, Bericht über den Fürsorgedienst in den Krankenhäusern Kiels, Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 25. Jg., Heft 5, 1929) stempeln die Soziale Krankenhausfürsorge zum integrierenden Bestandteil eines städtischen Gesundheitsamtes. Durch diese Eingliederung ist auch die Verbindung der Sozialen Krankenhausfürsorge mit den anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge gesichert.

8. Die Abgrenzung zwischen der Sozialen Krankenhausfürsorge und den übrigen Zweigen der Gesundheitsfürsorge muß so erfolgen, daß die Soziale Krankenhausfürsorgerin alle notwendigen fürsorgerischen Maßnahmen übernimmt, solange der Patient sich im Krankenhaus befindet. Sobald er aus der Anstalt entlassen wird, soll sie die Betreuung an die zuständige Fürsorgestelle abgeben unter Bekanntgabe des im Krankenhaus festgestellten Befundes, der ärztlicherseits weiterhin für notwendig gehaltenen Maßnahmen sowie der bis dahin von der Krankenhausfürsorgerin ergriffenen Fürsorgemaßnahmen. Ebenso ist die im Gesundheitsamt zu bildende Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge von einer Spezialfürsorgestelle zu benachrichtigen, wenn ein Schützling einer Fürsorgestelle in ein Krankenhaus übergeführt werden muß (vgl. die Praxis der Sozialen Krankenhausfürsorge in Frankfurt a. M., bei der Meldung der zur Entlassung kommenden Kinder an den Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge- und Jugendberatungstellen.)

Diejenigen Patienten, für deren Krankheit eine zuständige Fürsorgestelle nicht besteht (Krebs-, Zucker-, Darm-, Magen-, Herzkrankte usw.), bei denen eine nachgehende Betreuung aber notwendig ist, soll die Krankenhausfürsorgerin bis zur anderweitigen Regelung in eigener Fürsorge behalten.

9. Die Bildung einer offiziellen Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge im Gesundheitsamt macht den Besuch anderer Fürsorgeorgane in der Krankenanstalt überflüssig. Es handelt sich z. B. um die Tätigkeit

- a) des Pflegeamts auf den Abteilungen für Geschlechtskranke,
- b) des Jugendamtes in den Gebäranstalten zur fürsorgerischen Betreuung der ledigen Wöchnerin und deren Neugeborenen.

Das Eindringen mehrerer Fürsorgerinnen von außen ins Krankenhaus bedeutet eine unnötige Beunruhigung, Inanspruchnahme und Belästigung der Patienten, Ärzte und Schwestern (vgl. HEDWIG LANDSBERG, Die Notwendigkeit einer sozialen Fürsorge in Polikliniken und Ambulatorien, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, Nr. 4, Juli 1927, vgl. weiterhin die Praxis der Stadt Berlin bei der Regelung der Wochenfürsorge, Berliner Wohlfahrtsblatt, Nr. 5, 1928).

10. Die Krankenhausfürsorgerin ist ein Organ der Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge im Gesundheitsamt, muß aber auch dem Krankenhaushausdirektor unterstellt sein, damit sie nicht einen Fremdkörper im Krankenhaus bildet. Die Art ihrer Tätigkeit erfordert jedoch eine enge Arbeitsgemeinschaft mit den anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge bzw. mit der Familienfürsorge. Es dürfte durchaus zweckmäßig sein, daß die Fürsorgerin des Wohnbezirkes des Kranken der Krankenhausfürsorgerin, die in ihrer Anstalt doch Kranke aus allen Stadtgegenden zu betreuen hat, die Hausbesuche abnähme, und daß die Anträge der Krankenhausfürsorgerin stets beschleunigt zur Erledigung kämen, da es sich hier meist um ganz akute Notstände handelt (vgl. MEYER-ESTORF, Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Auslande, Sozialhygienische Mitteilungen, 9. Jg., Heft 3, Juli 1925).