

wand an Absonderung treiben, ist der Schutz in den großen Krankensälen der chirurgischen Hauptkliniken sicherlich oft ein zu geringer.

III. Gesonderte Kinderkrankenhäuser.

Die Kinderheilkunde, seit über 10 Jahren als Prüfungsfach mit den Anforderungen gesonderter Facharztausbildung anerkannt, wird als die innere Medizin vom Säuglingsalter bis zu den Entwicklungsjahren aufgefaßt. Daher muß das Kinderkrankenhaus als eine geschlossene Anstalt bezeichnet werden, die alle inneren Erkrankungen vom Säuglingsalter bis zu 14 Jahren aufnimmt. Nur für die Großstadt kommt ein solcher Bau überhaupt in Frage. Wenn eine Gemeinde eine größere Krankenabteilung für innere Leiden plant, so berechnet sie, eine wie hohe Bettenzahl bei einer bestimmten Bevölkerungsziffer notwendig sein wird und kann im Bedarfsfalle sehr große Abteilungen einrichten. Alle Kliniker sind sich darüber einig, daß ein Kinderkrankenhaus nicht mehr als 250 Betten enthalten, ja möglichst unter dieser Zahl bleiben soll. Dafür sprechen eine Reihe von Gründen. *Erstens* kann ein Abteilungsleiter, worauf BIRK kürzlich ausführlich begründend hingewiesen hat, bei einer Anstalt, die mehr als 150 Betten enthält, das Krankenmaterial nur übersehen, wenn er die Einzelleitung selbständigen Oberärzten überläßt. In der Kinderklinik bedarf nun einmal jede noch so geringfügig erscheinende Zustandsänderung liebevollster Aufsicht, während auf inneren Abteilungen doch immer ein nicht geringer Prozentsatz chronisch Kranker liegt, in deren Befinden sich wochenlang nichts oder wenig ändert. *Zweitens* steigt mit dem Anwachsen der Bettenzahl die Gefahr der Berührungs- und Luftübertragungen. *Drittens* sind die Betriebskosten eines Kinderkrankenhauses sehr hoch, besonders da eine Schwester eine weit geringere Zahl Säuglinge als Erwachsene versorgen kann. Leitung und Besoldung des Personals, Milchküchen-, Wirtschafts- und Wäschebetrieb lassen einen nicht zu umfangreichen Großbetrieb zweckmäßig erscheinen. *Viertens* ist es ein großer Unterschied, ob eine innere Abteilung oder ein Krankenhaus für Kinder über 150—250 Betten verfügt. Eine große innere Station hat es ja nicht nötig, bei ihrer räumlichen Aufteilung so weitgehend zu unterscheiden. Kinderkrankenhäuser dagegen sollen bei einer bescheidenen Bettenzahl Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder nach Geschlechtern getrennt, Beobachtungs- und Infektionsräume enthalten, einen vielfach unterteilten Küchenbetrieb und besonders gute Anlagen für physikalische Therapie. Durch diese weitgehende Aufteilung wird es verständ-

lich, daß selbst ein Kinderkrankenhaus von 250 Betten, das im weiten Umkreis einer Großstadt liegt, nicht ausreicht. Man soll also zwei Ansprüchen genügen, die schwer miteinander in Einklang zu bringen sind: *Erstens* sollen Anstalten mit relativ kleiner Bettenzahl gebaut werden und *zweitens* sollen diese in viele Einzelabteilungen zerfallenden Kleinkrankenhäuser in der Lage sein, alle Kinder, die einer Hospitalisierung bedürfen, aufzunehmen.

Die beste Lösung erscheint deshalb der von ERWIN SCHIFF u. a. vorgeschlagene Weg, in Millionenstädten *mehrere kleine Kinderkrankenhäuser, über das Weichbild der Stadt verteilt, zu erbauen*, die, losgelöst von inneren Abteilungen, *unter die Leitung hervorragender Kinderärzte* zu stellen sind. Auf diese Weise würde der heute noch bestehenden Bettennot abgeholfen. Mittelstädte kommen natürlich auch mit *einem* Kinderkrankenhaus aus, und es ist sicher, daß klein- und mittelstädtische Kinderkrankenhäuser für die Behandlung manche Vorzüge haben, die das großstädtische Kinderkrankenhaus aufgeben müßte. Die alten Kliniker (RAUCHFUSS u. a.) wie auch die gegenwärtigen Führer auf diesem Gebiet (FEER u. a.) haben stets den Standpunkt vertreten, Kinderhospitaler müßten, wenn möglich, an der Peripherie der Stadt erbaut werden, um die Freiluftbehandlung zu fördern, Tummelplätze für genesende Kinder zu schaffen, Erweiterungsbauten zu ermöglichen. Dieser Vorteil läßt sich für das *einzig*e Kinderkrankenhaus der Stadt stets erreichen, aber nicht für 5—10 kleine Anstalten einer Großstadt, die notgedrungen in den dichtest bevölkerten Bezirken mit großer Kinderzahl errichtet würden. Der gleiche Verzicht gilt auch für Kinderabteilungen in den großstädtischen Allgemeinkrankenhäusern. Ganz abgesehen von dieser doch lösbaren Schwierigkeit stellte das Kinderkrankenhaus, d. h. das geschlossene, von andern Krankenanstalten losgelöste und nur für Kinder bestimmte Hospital noch keineswegs die endgültige und vollkommene Lösung der Frage dar.

IV. Der „Kindertrakt“ im Zentralkrankenhaus.

Das Wort „Kindertrakt“ stammt von A. SCHLOSSMANN, dem wir seit Jahrzehnten die wichtigsten und grundlegenden Neuerungen auf dem Gebiete des Kinderspitalwesens verdanken. Er geht sogar so weit, daß er das isolierte Kinderkrankenhaus für etwas in der Gegenwart Überholtes ansieht und die Unterbringung sämtlicher kranken Kinder in einer Kinderabteilung („Kindertrakt“) des Zentralkrankenhauses empfiehlt. Die Leitung dieser Abteilung soll selbstverständlich ein Kinderarzt haben. Da gerade