

in den letzten Jahren auch andere führende Kinderärzte aus der praktischen Erfahrung heraus zu ähnlichen Ansichten gelangten, sollen die bereits vorliegenden Ergebnisse und wichtigen Folgerungen erwähnt werden. Wir wollen zunächst von einem „erdachten Fall“ ausgehen, wie er sich in jeder Großstadt täglich ereignet:

Der 14 Tage alte Säugling X. Y. liegt mit einem für angeborene Syphilis verdächtigen Schnupfen im Säuglingsheim. Die klinische Diagnose ist zweifelhaft, Blutuntersuchung in diesem Alter nicht beweisend. Eingehende Rückfragen oder persönliche Besprechungen mit der Entbindungsanstalt, die eine möglichst frühzeitige antiluische Kur veranlassen würden, scheitern an der Entfernung. Der Säugling wird wegen der zunächst unspezifischen Infektionsgefahr in eine weit entfernte Kinderabteilung, wo gerade ein Bett frei ist, gebracht. Durch Transport und Milieuwechsel verschlimmert sich der Infekt. Ernährungsstörung, Heilnahrung. Nach 5 Wochen sichert die positive Wassermannsche Reaktion die anfängliche Verdachtsdiagnose. Mitten in der Kur nimmt die Mutter gegen ärztlichen Rat das 2 Monate alte Kind aus der Klinik, weil zum Schnupfen eine Mittelohrentzündung trat. Der Säugling kommt in eine Ohrenklinik, deren Küche nicht auf die Behandlung von Ernährungsstörungen eingerichtet ist. Nach langer Behandlungszeit an verschiedenen Stellen wird das Kind in einer Säuglingsfürsorge beraten, die seine ganze Vorgeschichte nur stückweise erfährt.

Aus solchen Erfahrungen ergaben sich zwei Forderungen:

1. Die Verbindung des Kinderkrankenhauses mit den Einrichtungen der gesamten sozialen Kinderfürsorge;
2. die von A. SCHLOSSMANN geplante *Einfügung des „Kindertraktes“ in ein Zentralkrankenhaus.*

Da die zweite Forderung zum größten Teil noch ein Zukunftsplan ist, die erste dagegen in mancher Beziehung verwirklicht wurde, beginnen wir mit der Bedeutung des Kinderkrankenhauses als Teil der sozialen Fürsorge.

IVa. Das Kinderkrankenhaus als Teilglied oder Mittelpunkt der sozialen Kinderfürsorge.

1. Säuglingsklinik und Entbindungsanstalt.

ARNOLD ORGLER hat statistisch nachgewiesen, daß bei einer durch räumliche Nachbarschaft begünstigten Zusammenarbeit zwischen *Entbindungsanstalt* und *Säuglingsheim* die Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebensmonaten besonders gering ist (Hebammenlehranstalt und Säuglingsheim Berlin-Neukölln, Mariendorfer Weg). Vorteile sind: Behandlung der Neugeborenen in schwierigen Fällen durch den schnell zu erreichenden Kinderfacharzt. Rückfragen über den Geburtsverlauf. Behandlung der Mutter durch den Arzt, der die Geburt leitete, wenn in der Stillperiode Beschwerden auftreten.

Zusammenarbeit zwischen Säuglingsklinik und Entbindungsanstalt ist heute besonders wichtig, weil die Gesamtsterblichkeit im 1. Lebensjahre zwar gesunken, die Sterblichkeit der ersten 3 Lebenstage in den letzten Jahren dagegen gestiegen ist.

2. Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus.

ARTUR SCHLOSSMANN hat schon 1906 die gewaltige Sterblichkeit in Säuglingsasylen dadurch erheblich herabgesetzt, daß er die strenge Anweisung gab: „Kinder dürfen nicht im Pflegehaus sterben.“ Er verlangte die unbedingte Trennung von Säuglingsheimen, in die nur pflegebedürftige, nicht in der Familie aufwachsende *gesunde* Kinder gehören, von Kinderkrankenanstalten. Heute besitzen zwar im Gegensatz zu früher viele Säuglingsheime die beiden Voraussetzungen zur Aufnahme kranker Kinder: Isolierungsmöglichkeiten und ausreichendes Pflegepersonal. Im allgemeinen muß aber noch jetzt an dem Grundsatz von SCHLOSSMANN festgehalten werden. Wie aber sieht es in der Praxis aus? Das Kind erkrankt bei Schneegestöber im Heim mit fieberhaftem Katarrh. Wegen der Entfernung zum nächsten Kinderkrankenhaus wartet man lieber noch einen Tag. Die im Anstaltsinteresse unerläßliche Verlegung wird regelmäßig nur dann durchgeführt, wenn Säuglingsheim und Kinderkrankenhaus im gleichen Gelände liegen oder wenigstens nicht zu weit voneinander entfernt sind.

3. Kinderkrankenhaus und Säuglingsfürsorge.

In fast allen Kinderkliniken der kleinen und mittleren Universitätsstädte ist der einzigen geschlossenen Anstalt auch die Säuglingsfürsorge angegliedert. Diese Lösung hat sich ganz von selbst ergeben, da meist *eine* offene Fürsorgestelle genügt, die aus wirtschaftlichen und ärztlichen Gründen dorthin verlegt wird. In Klein- und Mittelstädten befindet sich die Säuglingsfürsorge meist nicht im Zusammenhang mit dem Krankenhaus. In Großstädten ist die Zusammenarbeit zwischen Kinderabteilung und Säuglingsfürsorge verschieden geregelt. Manche größeren Kinderospitäler haben sich eine Säuglingsfürsorge angegliedert, und dieser Zusammenhang ist von der größten Bedeutung für die Kinder, die aus der geschlossenen Behandlung entlassen sind, aber weiter beobachtet werden müssen.

4. Kinderkrankenhaus und Poliklinik.

Man erkennt von Jahr zu Jahr mehr, wie groß die Bedeutung der Kinderpolikliniken ist, und daß man Kinderkrankenhäuser ohne geräumige Polikliniken kaum noch bauen sollte. Wenngleich

die Kinderkrankenhäuser heute nicht mehr wie vor 50 Jahren im Rufe von Sterbehäusern stehen, ist es doch aus *sozialen* und *psychologischen* Gründen oft unmöglich, Kinder wie Erwachsene zu hospitalisieren und den Säugling von der Mutter zu trennen. Eine möglichst gründliche ambulante Untersuchung und Behandlung mit allen Methoden und häufiger Überwachung muß den klinischen Aufenthalt oft ersetzen. BESSAU sagt mit Recht, daß es später einmal vielleicht von den ärztlichen Leitern heißen wird: „An ihren Polikliniken sollt ihr sie erkennen.“

5. Kinderkrankenhaus als Beobachtungsstation.

Wenn eine Gemeinde sich schließlich zum Bau eines Kinderospitals entschließt, so wird man dem Kämmerer sagen müssen, daß die rechtzeitige Isolierung infektiöser Kinder Seuchen verhütet und dadurch Kosten spart. Verf. hat früher gezeigt, daß die schweren Typhusepidemien in Salza, Beuthen und Alfeld a. L. regelmäßig mit einer hohen Erkrankungsziffer der Kinder einsetzten, die unbehindert den Krankheitsstoff auf die Erwachsenen übertrugen, weil man sie nicht absondern konnte. Hierbei handelt es sich aber nur um Ausnahmefälle. Wenn wir dagegen bedenken, wie viele Kinder unnötig wegen Tuberkuloseverdacht auf Monate hinaus in Heilstätten geschickt werden, wo sie bleiben, „weil sie nun schon einmal da sind“, so erscheint eine „Siebung“ verdächtiger Fälle unumgänglich notwendig. Der Verdacht auf Bronchialdrüsentuberkulose, insbesondere auf frische Herde, läßt sich nur durch eine etwa achttägige Beobachtung bestätigen oder ablehnen. Mustergültig ist in dieser Beziehung das der Kinderklinik in Jena angegliederte „*Therapeutikum*“. Hier erfolgt auf Grund oft nur kurzfristiger klinischer Beobachtungen zwangsläufig die Entscheidung, ob Erholungsfürsorge, Heilstättenbehandlung oder einfache häusliche Pflege der richtige Weg ist. Die Ausführungen von DUKEN zeigen, daß diese seit Jahren bewährte Filter- und Durchgangsstation in der Gesamtfürsorge nicht nur für Eltern und Kinder am besten sorgt, sondern auch oft jahrelange, ganz planlose und kostspielige Fürsorgemaßnahmen vermeiden hilft. Dieselben Bestrebungen machen sich heute auch auf dem Gebiet der jugendlichen Psychopathenfürsorge geltend, und vor allem haben VILLINGER und ELIASBERG auf die Bedeutung von geschlossenen Durchgangs- und Filterstationen hingewiesen; eine solche wird gegenwärtig in *Hamburg* errichtet. Auch in der *Psychopathenfürsorge* soll eine gründliche Anstaltsbeobachtung planlose Maßnahmen und unnötige Kosten, Verschiebungen von einer Stelle der offenen Fürsorge zur anderen vermeiden. Es ist

natürlich unmöglich, daß eine Gemeinde neben ein Kinderkrankenhaus noch eine Tuberkulosebeobachtungsanstalt und eine Nervenklinik setzt. Stets aber wird es auch unter bescheideneren Bedingungen möglich sein, Beobachtungsbetten bereitzuhalten und auf diesem Wege das Kinderspital in den Dienst der gesamten Fürsorge zu stellen.

6. Kinderkrankenhaus und Kinderübernahmestelle.

Wenn man die Kinderabteilung eines städtischen Krankenhauses oder auch ein eigentliches Kinderkrankenhaus betritt, so begegnet man dort immer einer Zahl von Fällen, denen nie etwas gefehlt hat oder denen nichts mehr fehlt, und die nur aus „sozialen Gründen“ dableiben. Wenn die Mutter arbeiten geht, bittet sie sogar um Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes für den Säugling, denn der Aufenthalt im Säuglingsheim ist für sie finanziell ungünstiger. Kinderkrankenhausbetten sind aber eigentlich zu knapp und zu teuer, um solchen Zwecken zu dienen, wenn uns auch heute oft nichts anderes übrigbleibt, als solche Fälle länger als notwendig dazubehalten. Vom rein ökonomischen Standpunkt ist indessen auch eine abgekürzte Hospitalisierung oft ein Nachteil. AD. CZERNY hat oft darauf hingewiesen, wie schnell kürzlich von der Ernährungsstörung genesene Säuglinge unter schlechten häuslichen Bedingungen wieder rückfällig werden, nach einer Woche in bedrohlichem Zustand zur Neuaufnahme gelangen und nun eine doppelt so lange Hospitalisierung erforderlich machen. Die Rekoneszenz der Säuglinge dauert oft viel länger als die der Erwachsenen. Im allgemeinen fehlen uns heute einwandfreie Unterbringungsmöglichkeiten für Kinder, die vorübergehend ohne Versorgung sind. Mustergültig ist nach dieser Richtung die *Kinderübernahmestelle in Wien*.

„Jede Art der Fürsorge für unsere Kinder, welche mit einer Milieuveränderung unserer kleinen Schutzbefohlenen verbunden ist, findet ihr Zentrum in der Kinderübernahmestelle“ (TANDLER).

Vor allem ist bei dieser Einrichtung wesentlich, daß sie nicht nur wie ein neuzeitliches Kinderkrankenhaus *alle Möglichkeiten zur Trennung von Säuglingen und Kleinkindern und jegliche Isolierungsmöglichkeiten* bietet, sondern auch in räumlicher Nachbarschaft mit einem großen Kinderspital steht. Durch diese Vereinigung sind die sozialen und klinischen Aufgaben des Kinderkrankenhauses in vortrefflicher Form gelöst.

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht klar hervor, wie wichtig enge räumliche Verbindung und persönliche ärztlich-pflegerische Fühlung zwischen dem Kinderkrankenhaus und den

Einrichtungen der Fürsorge ist. R. HESS, Bremen, hat folgenden Weg als den zweckmäßigsten vorgeschlagen:

„Die moderne Krankenhausanlage wird räumlich so berechnet, daß bequem ein besonderes Mütter- und Säuglingsheim an ihrer Peripherie Platz finden kann. Das Krankenhaus enthält alle Spezialabteilungen, insbesondere eine geburtshilflich-gynäkologische und eine Säuglings- und Kinderabteilung. Dem Leiter der letzteren untersteht das Säuglingsheim usw. Diese Verbindung erspart Kräfte, Verwaltungskosten und fördert die soziale und gesundheitliche Versorgung des Kindes und der jungen Mutter.“

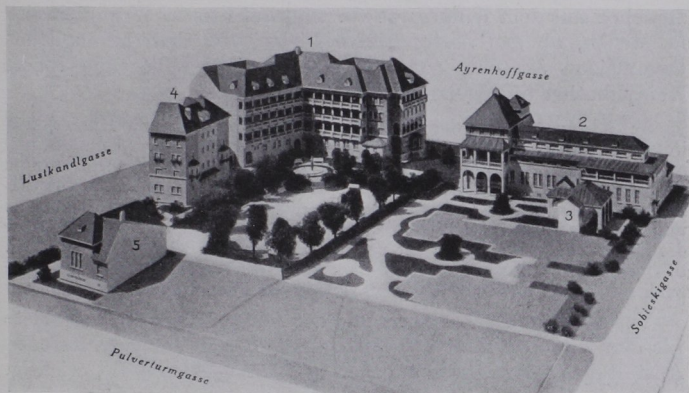


Abb. 1. Kinderübernahmestelle der Gemeinde Wien. 1 Kinderübernahmestelle. 2 Ambulatorium und Abteilung für Infektionskranke. 3. Verbindungsgang zum Karolinenspital. 4 Wohngebäude. 5 Prosektur.

Wenn wir auf diesem Wege zu der Überzeugung kamen, daß aus *vorwiegend sozialhygienischen Gründen die Kinderklinik in einem Gebäudekomplex mit anderen Anstalten, die vorwiegend fürsorgerischen Zwecken dienen*, liegen muß, so ist die *Einfügung des Kinderkrankenhauses in das Gesamtgelände der klinischen Anstalten* nur ein folgerichtiger Schritt. Nachbarschaft von Entbindungsklinik, Kinderheim und Säuglingskrankenhaus bildet in gewisser Hinsicht den Übergang von der sozialhygienischen zur klinischen Zusammengehörigkeit der Einzelanstalten.

IVb. Einfügung des „Kindertraktes“ in ein Zentralkrankenhaus.

An den Universitäten ist dieses Ziel zum Teil verwirklicht. Meist findet sich die Kinderklinik nicht im Gelände der übrigen Institute, weil die Kinderheilkunde erst viel später ein Unterrichts-