

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.“

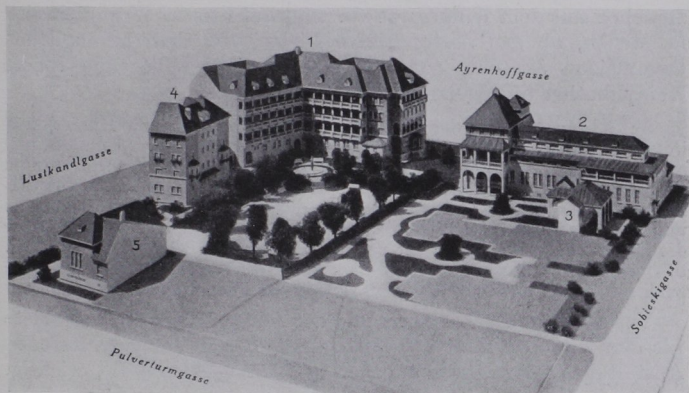


Abb. 1. Kinderübernahmestelle der Gemeinde Wien. 1 Kinderübernahmestelle. 2 Ambulatorium und Abteilung für Infektionskranke. 3. Verbindungsgang zum Karolinenspital. 4 Wohngebäude. 5 Prosektur.

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-

fach mit eigenem Gebäude, selbständiger Professur wurde und daher keinen Platz mehr im Stadtteil der Kliniken fand. An kleineren Universitäten sind die Entfernungen immerhin so gering, daß sich eine enge Zusammenarbeit mit den Spezialkliniken ermöglichen läßt. So ist es z. B. in Jena trotz relativ großer Entfernung üblich, daß die Ernährung der Säuglinge der chirurgischen Klinik von der Kinderklinik geregelt wird. Der Assistent einer Ohrenklinik z. B., der bei einem Kinde die Mandeln herausnahm oder das Trommelfell eröffnete, hält häufige und regelmäßige Rücksprachen mit dem Kinderarzt ab. Nur auf diesem Wege läßt sich feststellen, ob das postoperative Fieber von dem anfänglichen Organleiden ausgeht, oder ob eine entfernter liegende innere Komplikation hinzugetreten ist.

Im Gebäudekomplex der Charité in Berlin befindet sich die Kinderklinik in unmittelbarer Nachbarschaft mit den anderen klinischen Anstalten, und so ist es kein Zufall, daß hier das gemeinsame Werk eines Internisten und Chirurgen über die Chirurgie im Kindesalter entstand (GOHRBANDT-KARGER: Chirurgie des Kindesalters. Verlag Karger). Die für Internisten und Chirurgen gleich wichtige Schrift von DREVERMANN, Freiburg: „Über die Behandlung der Kinder vor und nach operativen Eingriffen“ (Ergebn. d. Chirurgie u. Orthop., Verlag Julius Springer, Bd. XVIII, 1925) konnte auch nur durch engste Fühlung zwischen den Fachkliniken entstehen.

Vor allem ist die Kenntnis und der Ausbau dieser Grenzgebiete für den leitenden Arzt der Mittelstadt, der in der geschlossenen Anstalt besonders stark auf sich selbst angewiesen ist, wichtig.

Die Kinderheilkunde ist trotz der weitgehenden Spezialisierung noch heute dasjenige Fach, das wie kein zweites den ganzen Menschen umfaßt. Der Kinderarzt soll deshalb eine ausgezeichnete medizinische Allgemeinbildung haben. Er soll vor allem die innere Medizin beherrschen, und diese Forderung spricht sich schon in der Verfügung aus, daß die Tätigkeit auf einer inneren Abteilung auf die kinderärztliche Facharztausbildung mit angerechnet wird. Auf diese scheinbar nicht zum Thema gehörenden Punkte muß doch hingewiesen werden. Denn wenn heute eine Mittelstadt für das Kinderkrankenhaus einen leitenden Pädiater wählt, und es ist aus äußeren Gründen hier unmöglich, Fachärzte und Fachkliniken herbeizurufen, so muß der Kinderarzt auch die Grundlagen der Orthopädie, der Ohren- und Augenheilkunde beherrschen. Das rachitische Kind neigt zu Knochenbrüchen, das tuberkulös infizierte zu Hornhautentzündungen, das ernährungs-gestörte zu Mittelohrkatarrhen.

Eine noch so gute Allgemeinausbildung des Kinderarztes wird niemals die zweckmäßige Zusammenarbeit mit den Fachkliniken ersetzen. *Der „Kindertrakt“ im Zentralkrankenhaus ist deshalb vom ärztlichen wie auch vom wirtschaftlichen Standpunkt die günstigste Zukunftslösung für Großstädte.*

A. SCHLOSSMANN, von dem dieser wichtige Vorschlag stammt, führt aus:



„Für eine Stadt mit 1—1 $\frac{1}{2}$  Millionen Einwohnern stellt ein großes Krankenhaus die idealste und wirtschaftlichste Anlage dar. Aber auch die Kinder kommen dabei am besten zu ihrem Recht. Alle Individuen unter 14 Jahren sind in dem Kindertrakt, soweit es sich nicht um Infektionskrankheiten handelt, unterzubringen, und diese ganze große Abteilung ist in bezug auf die hygienische und wirtschaftliche und allgemeinärztliche Leitung dem Pädiater zu unterstellen. Kinder haben auf Augenkliniken, auf Ohrenkliniken, auf sogenannten chirurgischen Tuberkulosestationen oder gar auf Hautkliniken nichts zu suchen, sie gehören alle miteinander auf die Kinderabteilungen. Dabei fällt es mir natürlich nicht ein, die spezialistische Behandlung der Organe, die Vornahme von Operationen der besseren Erkenntnis und der geschickteren Hand des in Betracht kommenden Facharztes zu entziehen, ganz im Gegenteil, aus einer Gemeinschaftsarbeit mit anderen Spezialisten erblüht für unsere Patienten das beste Heil. Wir haben gerade bei dem Anschluß der Kinderabteilungen an die großen allgemeinen Krankenhäuser die Möglichkeit, zu jeder Stunde die beste spezialärztliche Behandlung und Hilfe uns zu sichern. Dementsprechend gehören natürlich die infektiösen Kinder auf die Infektionsabteilungen des Zentralkrankenhauses, denn gerade diese Krankheiten bringen es ja besonders oft mit sich, daß wir rasch eines Organspezialisten bedürfen.“

Über die besonders wichtige Versorgung der infektiösen Kinder in der Infektionsabteilung des „zukünftigen“ Zentralkrankenhauses äußert sich SCHLOSSMANN wie folgt und stützt sich dabei auf in Düsseldorf erprobte Erfahrungen:

„Wenn z. B. die Zahl der Scharlachkranken stark ansteigt und man neben der in der Regel ausreichenden, für Scharlachkranke vorgesehenen Abteilung weitere Baracken belegen muß, so trennen wir natürlich zunächst die Erwachsenen ab und übergeben diese Abteilung völlig dem Internisten. Sobald die Möglichkeit sich ergibt, die für eine Infektion in Anspruch genommenen Räume wieder einschränken zu können, so findet wieder die Zusammenziehung aller Kranken auf *einer* Abteilung statt. Möglichst geringer Leerlauf, möglichste Konzentration bestimmter Infektionen in bestimmten Abteilungen bedeuten Ersparnis und Wirtschaftlichkeit, sind aber zugleich im Interesse der Versorgung infektiöser Kranken anzustreben, denn dann kann man am besten alle diejenigen Trennungen vornehmen, die durch die Sachlage geboten sind, also nach Geschlecht, nach Alter, nach Komplikation oder der Möglichkeit von Sekundärinfektionen, nach Schwere der Krankheit und ihrer Dauer, zugleich aber auch wieder zusammenzulegen, was zusammengehört, wie Geschwister, Mütter mit ihren Kindern“ usw.

Der Vorschlag von A. SCHLOSSMANN, infektiöse Kinder in ein zentrales Infektionshaus, nicht mehr in die Kinderklinik zu legen, ist sehr beachtenswert. Denn dieser freilich nicht überall durchführbare Weg ist doch nun einmal der sicherste, um die Kontakt- und Luftübertragungen im Kinderkrankenhaus auf das Mindestmaß einzuschränken. Wir können doch kaum an der Tatsache vorübergehen, daß nicht nur Universitätskliniken wie Rostock und Basel bis vor wenigen Jahren *nur notgedrungen auf die Aufnahme von Infektionskranken verzichten mußten*, weil sie keine

eigenen Räume hatten. *Die prachtvollsten Anstalten*, wie das fünfstöckige Kinderkrankenhaus in Cincinnati mit eigener chirurgischer Abteilung, Gymnastikräumen und Schwesternschwimmbad, *verzichten grundsätzlich auf ansteckende Krankheiten*, und ebenso verfahren viele andere amerikanische Spitäler.

Wie eine Gemeinde auch vorgeht, ob sie das Kinderkrankenhaus als „Kindertrakt“ in den Gebäudekomplex des Zentralkrankenhauses legt oder als losgelöste Anstalt errichtet, die Aufgaben für Bau und Betrieb werden die gleichen bleiben.

## B. Bau des Kinderkrankenhauses.

### I. Lage.

Wenn die Errichtung einer Kinderklinik an der Peripherie der Stadt nicht möglich ist (vgl. S. 84), so muß die Lage wenigstens so gewählt werden, daß der Straßenlärm nicht zu sehr stört, und daß Fabrikgebäude mit starker Raumentwicklung nicht in der Nachbarschaft sind. Infektionskranke Kinder sind empfindlicher gegen Lärm, als man vielfach denkt, und die Freiluftbehandlung mit wirklich guter Luft ist eine der wichtigsten Heilbedingungen. Die Front der Krankenzimmer muß so gerichtet sein, daß die Patienten einen möglichst großen Teil des Tages Sonne erhalten (*Südrichtung*), während die nicht von Kranken benutzten Räume mehr im Schatten liegen können. Vorteilhaft ist z. B. auch die resultierende Lage des Hauses nach Südwesten (z. B. in der Kinderheilstätte „Kindersolbad“ in Dürrheim), das die Möglichkeit eines zu vielen Tageszeiten besonnten Krankenraumes bietet. Die Anlage eines großen Gartens vor dem Haus ist aus 6 Hauptgründen wünschenswert. *Erstens* ist für Beobachtungspatienten und genesende Kinder die Möglichkeit zum Spielen gegeben. Zweckmäßig ist auch ein abgegrenzter Spielplatz vor dem Scharlachpavillon, da klinisch vollkommen gesunde Kinder wegen der Gefahr der „Heimkehrinfektion“ noch 4—5 Wochen nach der Entfieberung in der Anstalt bleiben müssen. Vorteilhaft und beliebt ist, besonders für den Sommer, die Anlage eines Planschbeckens in der Mitte des Rasenplatzes (z. B. im „Haus zur Sonne“ der Freiburger Universitätskinderklinik; Kinderklinik Marburg a. L.).

*Zweitens* besteht die Möglichkeit, einzelne Betten, je nach Wetter und Windrichtung, in die Sonne oder den Baumschatten zu bringen. Entlastung der Veranden.

*Drittens* ergibt sich daraus die beste Gelegenheit, Kinder mit