

Leichtkrankenhäuser.

Von **FRANZ GOLDMANN**, Berlin.

1. Notwendigkeit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Wesen, Zweckbestimmung.

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

3. Krankheitsformen.

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

Versorgung in Leichtkrankenhäusern geeignet sind: Leichtkranke und Chronischkranke. Für die Beurteilung ihrer Anstaltspflegebedürftigkeit kommt nicht das anatomisch-pathologische Krankheitsbild oder der „klinische Charakter“ in Frage, sondern der Grad der Funktionsstörung unabhängig von der Ursache und dem Sitz der Erkrankung, ferner die hier besonders häufig zu berücksichtigende Frage der Umweltsbedingungen, unter denen diese Kranken leben. Es ist deswegen nicht möglich, bestimmte Krankheitsgruppen zu nennen, ebensowenig wie die Zeitdauer, die für eine Behandlung nötig ist, allein ins Gewicht fallen kann, zumal ja auch jederzeit Änderungen des Zustandes eintreten können, die eine intensivere Betreuung erforderlich machen.

Die Entscheidung, welcher Kranke für die Verlegung geeignet ist, gründet sich lediglich auf die Feststellung, in welcher Intensität Leistungen für den jeweils vorliegenden Zustand erforderlich sind. Nach den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen schalten die Infektionskranken von vornherein aus. Aus den übrigen werden die nicht oder nicht mehr bettlägerigen Kranken ausgesondert, die wegen Beobachtung, Behandlung und Pflege nicht mehr auf den Schwerkranken-Abteilungen zu liegen brauchen, andererseits aber noch nicht in eine ambulante Behandlung irgendwelcher Art oder in ein Genesungsheim entlassen werden können. Wie die Berliner Erfahrungen zeigen, sind es von inneren Krankheiten Rekonvaleszenzen nach Erkrankungen der Atmungsorgane, geschlossene Tuberkulosen ohne Aktivitätszeichen, Schwäche- und Erschöpfungszustände, insbesondere „Nervenschwäche“, abklingende Erkrankungen des Magen-Darmkanals, die noch Diät brauchen, leichtere rheumatische Erkrankungen, Folgezustände bei Sklerose. Von chirurgischen Erkrankungen Rekonvaleszenzen nach Operationen, leichtere Verletzungen, Brüche und Verrenkungen, die die Gehfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigen.

GROBER hat seinerzeit vorgeschlagen, einfache Anstalten gleichzeitig für Leichtkranke, namentlich Genesende, und für chronisch Kranke, Sieche zu verwenden. Soweit es sich bei einem langwierigen Krankheitsverlauf um die Notwendigkeit dauernder ärztlicher Überwachung und ständiger Pflege durch ärztliches Hilfspersonal handelt, ist jedoch lediglich die Unterbringung in einem Pflegeheim zweckdienlich. Chronisch verlaufende Krankheitszustände, die, wie chronische Katarrhe der oberen Luftwege, nur vorübergehend zur Behebung von Verschlimmerungen Anstaltsbehandlung brauchen, sind natürlich in einer Entlastungsabteilung zweckmäßig untergebracht.

4. Gegengründe.

Es wird gelegentlich behauptet, die Schaffung besonderer Entlastungsmöglichkeiten im Sinne der Leichtkrankenhäuser erübrigt sich, da das Krankenhaus bereits durch die natürliche Entwicklung hauptsächlich die Versorgung von Schwerkranken übernommen habe. Wer die Verhältnisse nicht aus einem begrenzten Erfahrungskreis heraus betrachtet, gewinnt jedoch einen anderen Eindruck. Immer wieder zeigt es sich, daß sich in demselben Augenblick, in dem überhaupt eine brauchbare Gelegenheit zum Freimachen von Betten im allgemeinen Krankenhaus geboten wird, auch eine bestimmte Zahl verlegungsfähiger Kranken findet.

Wesentlicher wiegt der Einwand, daß ein häufigerer Wechsel im Krankenbestand mit der damit verbundenen Anhäufung von besonders schwer Leidenden natürlich an das ärztliche, pflegerische und Verwaltungspersonal weit größere Anforderungen stellt als eine gemischte Belegung, damit zwangsläufig zur Personalverstärkung und zu einer Steigerung der Aufwendungen führen muß, ohne daß die Frage geklärt ist, ob diese erhöhten Unkosten durch die Ersparnisse auf der anderen Seite wieder ausgeglichen werden können. Damit ist ferner die Befürchtung verbunden, daß sich die Atmosphäre des Krankenhauses durch die Ansammlung von Schwerkranken und die größere Zahl von Sterbenden verdüstert. Die Berechtigung dieser Gedankengänge läßt sich nicht bestreiten, aber hierbei wird außer acht gelassen, daß sich durch die Differenzierung ja die gesamte Versorgung der Bevölkerung bessert, indem die allgemeinen Krankenhäuser für diejenigen Krankheitsfälle aufnahmefähiger werden, für die sie in erster Linie bestimmt sind. Ob die Bedenken der psychischen Beeinflussung der Kranken nicht durch die bauliche Gestaltung und Raumgliederung des Krankenhauses beseitigt werden können, scheint zum mindesten der Erörterung wert. Richtig ist es natürlich, daß schnellerer Wechsel von Kranken mehr Personal nötig machen kann, eine stärkere Abnutzung des Inventars bedeutet und auch den Stationen eine Reihe freiwilliger Hilfskräfte aus den Reihen der nicht mehr bettlägerigen Kranken entzieht, deren Tätigkeit bisher zur Unterstützung von Pflege- und Hauspersonal gern angenommen wurde. Schließlich muß noch an die Gefahr gedacht werden, daß die Einrichtung von derartigen Entlastungsabteilungen oder Entlastungsanstalten dazu verführen kann, bei Platzmangel auf den Hauptstationen auch diese Einrichtungen für die Versorgung der Schwerkranken heranzuziehen. Ein solches Vorgehen würde aber den Kranken schaden und Raubbau am

Personal bedeuten. Deswegen muß in diesem Zusammenhang besonders betont werden, daß Krankenhäuser oder Abteilungen für Leichtkranke zwar durch Herausziehen von bestimmten Kranken das allgemeine Krankenhaus für schwerer Leidende frei machen, aber natürlich kein Mittel sind, um unterversorgte Gebiete von der Befriedigung eines unabweisbaren Bettenbedarfes abzuhalten. Endlich muß noch daran gedacht werden, daß die Unterbringung in zwei Anstalten die gesamte Dauer der Anstaltsbehandlung verlängern könnte. Geschähe dies wirklich in Einzelfällen, so wäre dagegen dann nichts einzuwenden, wenn das Maximum der Heilung oder Besserung mit einem Minimum von Aufwand erreicht würde.

5. Organisation.

Nach den Ausführungen über Ziel und Zweck von Krankenhäusern für Leichtkranke ist ihre Einrichtung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen lohnend. Nach Entlastungseinrichtungen wird immer dann Bedarf sein, wenn große, stark frequentierte, allgemeine Krankenhäuser vorhanden sind. Aus den Erfahrungen über den Anteil von Schwerkranken, die in allgemeinen Krankenhäusern behandelt werden, hat der Gutachterausschuß die Bettenzahl, die in einer Entlastungsabteilung gebraucht wird, auf etwa 6—12% der Durchschnittsbelegung geschätzt und dementsprechend erst bei Anstalten mit einer Bettenzahl von 800 an die Schaffung besonderer Gebäude für lohnend erachtet. Daraus ergibt sich, daß nur in sehr großen Städten oder dicht besiedelten Gegenden solche Einrichtungen benötigt werden. Eine der wichtigsten Organisationsfragen, die für den Erfolg entscheidend sind, ist die, ob Entlastungsabteilungen im räumlichen Anschluß an allgemeine Krankenhäuser eingerichtet oder als besondere Anstalten an der Peripherie der Stadt oder in ländlicher Umgebung geführt werden sollen. Aus den früheren Ausführungen ergibt es sich ohne weiteres, daß nur die vom Gutachterausschuß in Vorschlag gebrachte Lösung, Schaffung von besonderen Abteilungen im Verband eines großen allgemeinen Krankenhauses, zweckdienlich ist. Es ist dann möglich, Kranke ohne Verwaltungs- und Transportschwierigkeiten schnell zu verlegen und sie auch bei einer Verschlechterung ihres Zustandes ebenso schnell wieder auf die Hauptstation zurückzubringen. Die Verbindung mit dem allgemeinen Krankenhause gestattet ferner die Fortführung der ärztlichen Behandlung durch den Arzt, der auch zuerst diese Aufgabe in der Hand hatte, erleichtert die Behandlung durch die Benutzung der vorhandenen therapeutischen Einrich-

tungen, z. B. des Verbandsaaales, der Bestrahlungseinrichtungen, des Badehauses usw., erspart Personal, da viele Leistungen durch das Gesamtpersonal des Krankenhauses ohne stärkere Beanspruchung mit erledigt werden können, und setzt damit sowie durch den Anschluß an den zentralen Wirtschafts- und Verwaltungsbetrieb die Unkosten herab. Gegen diese Organisationsform wendet sich der Einwand, daß Kranke, die von den Hauptstationen in die Entlastungsabteilungen verlegt werden, leicht unzufrieden sind, da sie sich gegenüber den anderen Kranken zurückgesetzt fühlten und dazu neigten, den Krankenhausaufenthalt vorzeitig abzubrechen. Ferner wird befürchtet, die Ärzte, die an sich häufig durch den Dienst auf den Schwerekrankenstationen überlastet sind, wären nicht in der Lage, genügend Zeit zur Versorgung der Entlastungsabteilung aufzubringen, und ganz ähnlich würde das übrige Personal vor die Versuchung gestellt werden, die Kranken der Entlastungsabteilung zu vernachlässigen. Derartige Befürchtungen sind zweifellos nicht unberechtigt, andererseits hat es die Krankenhausdirektion und die Verwaltung völlig in der Hand, solchen Vorkommnissen zu begegnen.

Die Lage eines Krankenhauses für Leichtverfahren außerhalb der Stadt und in weiterer Entfernung vom allgemeinen Krankenhaus hat den beachtenswerten Vorteil, spezifische Heilfaktoren der naturalen Umwelt (Reiz- oder Schonungsklima, Bäderbehandlung, Trinkkuren usw.) anwenden zu können, ganz abgesehen davon, daß auch die Loslösung von der bisherigen Umgebung bereits psychisch günstig einwirkt. Die reichen Schätze, die gerade Deutschland mit seinen zahlreichen Bade- und Kurorten bietet, sind in neuerer Zeit in erfreulich steigendem Maße auch für die minderbemittelte Bevölkerung nutzbar gemacht worden. Die Zahl der Kuranstalten, die in Händen von Versicherungsträgern, Kommunen oder privater Unternehmer sind, wächst ständig und bedeutet eine wertvolle Ergänzung der Krankenhäuser. Indirekt dienen sie auch der Entlastung. Aber sie sind naturgemäß wesentlich teurer als ein einfaches Leichtkrankenhaus, tragen sie doch durchaus in ihrer ganzen Betriebsführung einen krankenhausesähnlichen Charakter. Immerhin bleiben die Unkosten noch recht erheblich hinter denen des großstädtischen allgemeinen Krankenhauses zurück. Versuche, einfache Entlastungseinrichtungen ohne Ausnutzung dieser Faktoren, insbesondere ohne Bade- und Trinkkuren, zu schaffen, sind fehlgeschlagen und haben auch kaum Aussichten auf Erfolg. Denn dann wird die Einrichtung praktisch zu einem Genesungsheim, das Unterkunft, Verpflegung und ärztliche Überwachung im Bedarfsfall bietet, also für zahlreiche Kranke

noch nicht in Betracht kommt. Es ist daher zweckmäßig, wenn in Zukunft einerseits mehr auf das Einrichten von Entlastungsabteilungen innerhalb des Krankenhauses, andererseits auf das enge Zusammenarbeiten mit Kuranstalten, die außerhalb liegen, Wert gelegt wird.

6. Bau.

Es hängt von der Größe des allgemeinen Krankenhauses ab, ob man eine abseits liegende Abteilung oder einen besonderen Bau für die Zwecke der Entlastung benutzt. Sofern keine Leichtbauten vorhanden sind, die ohne weiteres verwendet werden können, verdient die Errichtung eines besonderen Zweckbaues den Vorzug. Recht brauchbar sind als Behelf Baracken nach dem DÖCKERSchen Typus oder massive Häuser nach der DOSQUETSchen Bauweise. GOTTSCHALK hält mehrgeschossige Korridorbauten mit reichlichen Tagesräumen und Liegegelegenheiten für sachdienlich. Die Einzelheiten, insbesondere das Größenausmaß, die Baugestaltung, die Einteilung der Krankenabteilungen sind in Richtlinien des Gutachterausschusses erschöpfend geschildert. Es genügt deshalb der Hinweis auf sie (vgl. S. 229).

7. Betrieb.

In die Entlastungsabteilung werden nur solche Kranken aufgenommen, die die Schwerkrankenstation bereits passiert haben. Es geht der Aufnahme also grundsätzlich eine mehr oder minder lange klinische Beobachtung und Behandlung voraus, die es verhindert, daß ein ungeeigneter Kranker verlegt wird. Die Auswahl treffen die Stationsärzte, die auch weiterhin die Behandlung überwachen. Alle Stationen, außer denen für ansteckend Geschlechtskranke oder Tuberkulöse, können die Entlastungsabteilung für sich in Anspruch nehmen. Es wäre nur dafür zu sorgen, daß Kranke, die auffallende Hauterscheinungen haben, ferngehalten würden. Ebenso dürfen Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, am besten auch Jugendliche etwa bis zu 16 Jahren, nicht mit aufgenommen werden. Für diese Altersgruppen wird am besten überhaupt auf Entlastungsabteilungen verzichtet, um bei den einen die Gefahr der Einschleppung ansteckender Krankheiten, bei den anderen die sexuelle Beeinflussung zu verhindern.

Da die Entlastungsabteilungen nur ein Glied des allgemeinen Krankenhauses sind, so ergibt sich auch ohne weiteres, daß die gesamte ärztliche und pflegerische Versorgung in derselben Art wie bisher, wenn auch mit erheblich verringerter Intensität, weiter geführt wird. Es genügt die kurze Anwesenheit eines Arztes am

Tage, da ja für Zwischenfälle sofort Hilfe zur Stelle ist. Die Spezialbehandlungen werden von den in Betracht kommenden Stationsärzten weiter durchgeführt, für sie werden die zentralen oder Stationseinrichtungen des allgemeinen Krankenhauses in Anspruch genommen. Auch Pflegepersonal ist nur in beschränkter Zahl erforderlich, eine Nachtwache kann ganz entbehrt werden. Dagegen bietet sich in Entlastungsabteilungen die Möglichkeit, noch einigen Fragen besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Rekonvaleszent und der chronisch Kranke haben ein starkes Bedürfnis, sich zu beschäftigen. Es liegt im ureigensten Interesse des Kranken und gestaltet die gesamte Fürsorge produktiver, wenn derartigen Wünschen durch Betonung der Beschäftigungstherapie Rechnung getragen wird. Der Einwand, die Kranken blieben nur verhältnismäßig kurze Zeit, ist ebensowenig stichhaltig wie die Befürchtung, durch diese Maßnahme würde die gesamte Aufenthaltsdauer verlängert. Dauert der Aufenthalt in der Entlastungsabteilung auch nur wenige Tage, so nützt dem Kranken die allmähliche Gewöhnung an Tätigkeit mehr, als wenn er plötzlich übergangslos in das Erwerbsleben eingespannt wird. Überdies ist die dosierte, ärztlich verordnete und überwachte Beschäftigung eine gute Prüfung, ob und in welchem Umfang der Kranke den Anforderungen des Lebens wieder gewachsen ist. Die Versuchung, einzelne Kranke länger als nötig zu behalten, ist im Krankenhaus ebensowenig zu unterdrücken wie in der Entlastungsabteilung; in diesen Fällen verdient der Aufenthalt in der Entlastungsabteilung den Vorzug.

8. Richtlinien für Entlastungsabteilungen.

Herausgegeben vom

Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen

im Juni 1926.

A. Zweck und Organisation.

Der ausschließliche Zweck der Entlastungsabteilungen ist das Freimachen von Betten der Abteilungen des allgemeinen Krankenhauses von solchen *nicht infektiösen* und nicht oder *nicht mehr bettlägerigen* Kranken, die wegen Beobachtung, Behandlung und Pflege nicht mehr auf den Schwerkrankenabteilungen zu liegen brauchen, andererseits aber noch nicht in eine ambulante Behandlung irgendwelcher Art oder in ein Genesungsheim entlassen werden können. Derartige nicht mehr Schwerkranke *und auch bestimmte chronisch Kranke*, soweit sie gehfähig sind und keiner besonderen Pflege bedürfen, sind zur Freimachung von Betten für Schwerkranke aus den Stationen herauszuziehen und in einer Entlastungsabteilung gesammelt unterzubringen. Je nach der Bettenzahl des allgemeinen Krankenhauses ist hierfür ein besonderer Bau oder ein abgetrennter Bauteil notwendig.

Ein besonderer Zweckbau hierfür ist vorzuziehen, weil erst dann der wirtschaftliche Vorteil sich voll auswirken wird. Ferner gebührt diesem Zweckbau der Vorrang vor jeder Erweiterung der Schwerkrankenabteilungen. Da die meisten allgemeinen Krankenanstalten zu einem sehr hohen Prozentsatz, mitunter bis 80 und 90%, mit Schwerkranken gefüllt sind, wird die für die Entlastungsabteilung nötige Bettenzahl auf etwa 6—12% der Durchschnittsbelegung geschätzt. Daher wird sich die Errichtung eines besonderen Gebäudes für derartige Kranke erst bei Anstalten mit einer Bettenzahl von 800 und darüber lohnen.

Bau, Einrichtung und Betrieb der Entlastungsabteilung sind einfach, aber mit dem Ziel hygienischer und behaglicher Unterbringung der Kranken so zu gestalten, daß zugleich eine wesentliche Betriebsverbilligung verwirklicht wird. Für den Betrieb sind folgende Grundsätze maßgebend:

1. In die Entlastungsabteilung dürfen Kranke *nur* durch Überweisung aus den Schwerkrankenstationen aufgenommen werden. Diese Kranken tragen Anstaltskleidung und unterliegen der Hausordnung nach wie vor.

2. Völlige Trennung der Erwachsenen nach Geschlechtern ist notwendig; Kinder bis zum vollendeten 14. Jahr gehören nicht in die Entlastungsabteilung für Erwachsene. Eine gesonderte Entlastungsabteilung für Kinder kann wegen der steigenden Gefahr der Hausinfektionen nicht empfohlen werden.

3. Eine Entlastungsabteilung besteht nur aus Schlafräumen und den notwendigsten Nebenräumen. Die Gemeinschaftsräume werden getrennt nach Geschlechtern zusammengefaßt.

4. Eine Verlängerung der Krankenaufenthaltsdauer darf durch Verlegung in die Entlastungsabteilung nicht eintreten.

5. Die Kranken bleiben in Behandlung ihres bisherigen Stationsarztes. In der Regel werden sie sich zur Behandlung auf ihre alte Station begeben oder die Zentraleinrichtungen des Krankenhauses, wie Therapeutikum, medico-mechanische Abteilung u. a. benutzen. Die Betten der Entlastungsabteilung werden allen Kliniken mit Ausnahme der Klinik für Haut- und Geschlechtskranke und der Kinderklinik in jeweils dementsprechender *begrenzter* Zahl vom ärztlichen Direktor des Krankenhauses zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise gewinnen die Kliniken zwecks Freimachung von Betten für Schwerkranke ein Interesse daran, ihre Kranken nicht allzu lange in der Entlastungsabteilung zu behalten. Es empfiehlt sich nicht, die Behandlung *einem* Arzt zu übertragen, da dies leicht zu einer Änderung des Charakters der Entlastungsabteilung führen kann.

6. Die Aufrechterhaltung der Disziplin liegt in Händen des vom ärztlichen Direktor zu bestimmenden Arztes und älterer, erfahrener Schwestern. Nachaufsicht ist notwendig. Der Beschäftigungstherapie und der geeigneten Unterhaltung der Kranken ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

B. Baurichtlinien.

Die im folgenden gegebenen *Richtlinien für Bau und Einrichtung* schließen sich an die Richtlinien für den Neubau von Krankenanstalten vom November 1925 (R. A.) an.

II. *Beratung* s. (R. A.).

III. Die Entlastungsabteilung ist möglichst in der Nähe größerer Gartenflächen und aus dem unter V genannten Grunde in der Nachbarschaft etwa vorhandener Baracken zu errichten.

IV. *Größe des Anstaltsgeländes*. Für das Geländeausmaß genügt die Annahme von 100 qm für ein Bett.

V. *Größenausmaß*. Entsprechend dem schwankenden Bedürfnis ist das Größenausmaß der Entlastungsabteilung hinsichtlich ihrer *Bettenzahl* auf den Mindestbedarf von 6—12% der Durchschnittsbelegung des allgemeinen Krankenhauses einzustellen, hinsichtlich ihrer *gemeinsamen Einrichtungen* aber auf den doppelten Bedarf, da für die Unterkunft weiterer Kranker leerstehende Baracken herangezogen werden können.

VI. *Bauplan und Gliederung*. Wie R. A.

VII. Die Entlastungsabteilung stellt einen Sondertypus dar, der so auf seinen einfachen Zweck zugeschnitten ist, daß der Bau ohne kostspielige Änderung für die Unterbringung von Schwerkranken nicht verwendet werden kann.

VIII. *Bauformen*. Die Entlastungsabteilung ist als mehrstöckiger Korridorbau zu errichten.

IX. *Bauart*. S. R. A.

X. *Baugestaltung*. Je nach der notwendigen Bettenzahl wird man die Entlastungsabteilung für Männer und Frauen in zwei getrennten Häusern oder in einem Gebäude, aber unter vertikaler Trennung unterbringen. Unterkellerung ist nicht notwendig. Das Erdgeschoß ist für die Gemeinschaftsräume vorzusehen, die übrigen Stockwerke für die Schlafräume der Kranken. Im übrigen s. R. A.

XI. *Krankenabteilungen*. Das *Erdgeschoß* enthält Eintrittsraum mit Garderobe und Schuhablage, Abort mit Handwaschgelegenheit, getrennt für Kranke und Personal, Treppenhaus ohne Fahrstuhl, zwei Tagesräume, auf der Männerseite getrennt für Raucher und Nichtraucher, einen Speisesaal mit Anrichte und einem kleinen Speiseaufzug nach den oberen Stockwerken für den Fall, daß einzelne Kranke vorübergehend bettlägerig sind. Falls Männer und Frauen in einem Gebäude untergebracht sind, empfiehlt sich eine gemeinsame Anrichte für die beiderseits gelegenen Speisesäle. Eine Geschirrspülmaschine kann dann von wirtschaftlichem Nutzen sein.

Ferner gehören in das Erdgeschoß:

- 1 Geschäftszimmer für die Schwester,
- 1 ärztliches Untersuchungszimmer,
- 1 Raum für reine Wäsche,
- 1 Raum für schmutzige Wäsche,
- 1 Raum für die den Kranken entzogene Garderobe.

In den *einzelnen Stockwerken* sind 30—50 Kranke unterzubringen in Räumen zu 6 Betten, einige zu 2 und einige zu 1 Bett. Für die Krankenräume ist das Mindestmaß der gesetzlichen Vorschrift zugrunde zu legen, also z. B. der § 21 der Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Krankenanstalten usw. des Erlasses des Ministers für Volkswohlfahrt vom 30. März 1920. Dieser Paragraph sieht für besondere Anstalten für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fernbleiben, körperlich rüstig, nicht stören und völlig sauber sind, sowie unter Voraussetzung genügender Lüftung und Belichtung, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 15 cbm vor. Die Schlafräume sind mit Waschgelegenheit zu versehen, ferner mit in die Wand eingebauten und vom Flur aus zugänglichen Kleiderschränken nach MONIER zur Aufnahme von Mantel, Stiefeln und Hut. Auf gute Belüftung und Besonnung der Krankenräume ist Wert zu legen, daher werden Dosquetfenster empfohlen. Vorgebaute Veranden sind überflüssig, wenn ein Dachgarten mit Windschutz und teilweiser Bedeckung errichtet wird und außerdem noch Liegegelegenheit im Freien vorhanden ist. An *Nebenräumen* sind notwendig: Ein Aufenthaltsraum für die Schwester vom Dienst, je ein Baderaum mit einer Wanne auf 15 Kranke, je ein Abort auf

10 Kranke, im Abortvorraum eine Vorrichtung zum Spülen der Nachtgläser, eine kleine Gerätekammer, ferner im 1. Stock ein Aufenthaltsraum für die Schwester vom Dienst.

XII, XIII, XIV, XXIII, XXXI s. R. A. XV—XXII, XXIV—XXX kommen hier nicht in Betracht.

9. Praktische Erfahrungen.

So häufig Vorschläge zur Entlastung des allgemeinen Krankenhauses gemacht wurden, so selten wurden bisher praktische Erfahrungen gesammelt. In Berlin sind sowohl mit besonderen Entlastungsabteilungen im Verband eines allgemeinen Krankenhauses wie mit einem vor den Toren der Stadt gelegenen Leichtkrankenhaus Versuche angestellt worden. Die Erfahrungen mit diesen beiden Organisationsformen bestätigen, daß der Gedanke eines Leichtkrankenhauses außerhalb der Stadt als überholt angesehen werden muß und für die Zukunft nur die Forderung nach Entlastungsabteilungen im Krankenhaus selbst in Betracht zu ziehen ist. Die Schwierigkeiten, die sich mit dem einzigen selbständigen Leichtkrankenhaus ergeben haben, sind wegen ihrer grundsätzlichen Art so wesentlich, daß eine kurze Erörterung gerechtfertigt ist. Zunächst setzen die Kranken selbst dem Verlegungsversuch erheblichen Widerstand entgegen. Wenn sie überhaupt das Krankenhaus verlassen wollen, so möchten sie zur Erholung möglichst weit fort von ihrem Wohnsitz und sind daher gegen Anstalten, die nicht begünstigt durch landschaftliche Vorzüge in der Nähe der Großstadt liegen, von vornherein ablehnend. Eine zweite sehr wesentliche Schwierigkeit liegt darin, daß in einem derartigen selbständigen Leichtkrankenhaus keine Möglichkeit vorhanden ist, Spezialbehandlungen durchzuführen. Auf sie kann aber nicht verzichtet werden. Die Ausstattung eines Leichtkrankenhauses mit dem nötigen Instrumentarium würde aber unnötig viel kosten und nur unvollkommen auszunutzen sein. Damit erhält eine solche Einrichtung also mehr oder weniger den Charakter eines Erholungsheimes, wie sie in großer Zahl von Versicherungsträgern unterhalten werden. Und hier entsteht die dritte Schwierigkeit. Die Übernahme von Verpflegungskosten in einem städtischen Leichtkrankenhaus, die ja völlig der freien Entschließung des Kassenvorstandes unterliegt, wird häufig abgelehnt, weil entweder die vertrauensärztliche Nachuntersuchung die Arbeitsfähigkeit bejaht oder weil zunächst die kasseneigenen Heime gefüllt werden müssen. Da die Gemeinde aus verständlichen Gründen für diejenigen Bevölkerungskreise, die zur Zuständigkeit der Versicherungsträger gehören, nicht von vornherein eintreten will, die Krankenkassen andererseits das berechnete Interesse

daran haben, eine Mehrleistung vorher zu genehmigen, ist also in all diesen Fällen ein Antrag an den zuständigen Kostenträger notwendig. Selbst wenn diesem stattgegeben wird, geht durch den Schriftwechsel viel Zeit verloren, und der Aufenthalt im Krankenhaus wird unnötig in die Länge gezogen. Es ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich, daß selbst das nur 60 Betten zählende Berliner Leichtkrankenhaus vielfach leere Plätze hatte und somit die Erwartungen nicht erfüllte. Es ist praktisch zu einem Heim für Obdachlose, für stellungslose Hausangestellte, für erholungsbedürftige ältere Personen geworden.

Ungleich bedeutungsvoller und für die Zukunft wesentlicher ist die Lösung, die auf GOTTSTEINS Anregung in dem städtischen Krankenhaus Charlottenburg-Westend gefunden worden ist. Besonders bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Unkosten eines Bettes einschließlich Ausstattung rd. 4000 M. betragen, während in den übrigen Teilen des gleichen Krankenhauses bereits früher über 10000 M. für das Bett aufgewendet werden mußten.

„Die Anlage besteht aus zwei völlig voneinander getrennten Häusern, die außerhalb der Krankenpavillons in der Nähe der Wirtschaftsgebäude, inmitten von Gartenanlagen, errichtet wurden. Die Hauptfronten sind von den Wirtschaftsgebäuden abgewendet, nach deren Seiten nur einige Fenster untergeordneter Nebenräume liegen. Der Abstand von der Wirtschaftsgruppe beträgt 30 m, der der beiden Krankengebäude voneinander 25 m. Beide Häuser enthalten je 60 Betten, das südliche ist für Frauen und Kinder, das andere für Männer und ältere Knaben bestimmt. Jedes Haus besteht aus einem Kellergeschoß und drei voll ausgebauten Obergeschossen. Der westliche Bauteil ist noch um ein Dachgeschoß höher geführt, das zur Herstellung von Personalwohnräumen beansprucht wurde. Das Kellergeschoß enthält Bade-, Wäsche- und Utensilienräume, einen Umkleideraum für entlassungsfähige Kranke und die erforderlichen Nebenräume. In den Obergeschossen befinden sich an der Süd- und Westseite die Krankenräume und an der Nordseite die Dienstzimmer, Wasch-, Ausguß- und Aborträume. An der West- und Nordseite befinden sich die Tageräume, von denen die im ersten Obergeschoß befindlichen zugleich als Speiseräume dienen, für den im Erdgeschoß gelegenen ist noch eine Anrichte- und Spülküche vorgesehen, mit der ein Speiseaufzug in das erste Geschoß sich verbindet. Offene Hallen und Balkons sind mehrfach vorgesehen, so daß reichlich die Hälfte aller Kranken mit ihren Liegestühlen dort untergebracht werden kann. Für Erwachsene sind für das Bett mindestens 30 cbm Luftraum mit 8 qm Grundfläche, für Kinder 25 und 7 cbm gerechnet. Die Krankenräume mit Einzelbetten besitzen mindestens 10 cbm Luftinhalt bei 11—12 qm Grundfläche. Die Größe der Tageräume hat 2 qm Zimmergrundfläche für das Bett zur Voraussetzung. Es sind Mittelflure eingerichtet, die bei der annähernd quadratischen Anlage des Querschnittes ausreichend Licht- und Luftzufuhr haben. Die Höhen betragen in allen Geschossen für Kranken- und Tagesräume 3,50 m im Lichten. Die Krankenzimmer sind für 1, 2, 3 und 6 Kranke eingerichtet. Im Gesamtdurchschnitt kommen auf den Kranken 10 qm Bodenfläche gegen 17 in den Hauptabteilungen. Die wirtschaftliche Versorgung der Häuser erfolgt von den vorhandenen Be-

triebszentralen. Die Erwärmung geschieht durch Niederdruckdampfheizung. Für die Ventilation sind Abluftkanäle angebracht, die die verbrauchte Luft durch Kanäle in die Mittelmauern abführen. Sie werden im Dachgeschoß gesammelt und in einem Schacht hochgeführt, der über dem First als Dachreiter endet. Die Heizungszentrale befindet sich in dem vorhandenen Kesselhaus, in dem nur die Aufstellung eines neuen Heizkessels notwendig wurde. Auch in der Küche mußten einige Kessel mehr eingestellt werden, während im Waschhaus nichts vergrößert zu werden brauchte. Waschbecken, Badewannen, Abortanlagen wurden in dem gleichen Material wie in den übrigen Pavillons hergestellt. Die dort angebrachten Einrichtungen für Sterilisierung, Wäschedesinfektion usw. fielen fort. Die architektonische Ausgestaltung der Häuser ist der der übrigen Anlagen zwar angepaßt, hat dabei aber mehr einen Wohnhauscharakter. Die äußere Sockelfläche ist bis Deckenhöhe aus hellroten Ziegeln hergestellt, die darüber befindliche Fläche mit wetterfestem Mörtel geputzt. Die Dachflächen erhielten naturrote Biberschwänze in Doppeldeckung. Die Gartenflächen zwischen beiden Häusern bekamen gegen den Wirtschaftsverkehr einen Abschluß aus gemauerten Pfeilern und dazwischen liegendem Spalier mit reichlichem Pflanzenwerk. Zur Beaufsichtigung der Kranken bedurfte es der Neueinstellung eines Beamten und von 4 Schwestern. Für die Arbeit waren ein Hausdiener und 2 Hausmädchen mehr einzustellen. Für die Wirtschaftszentrale bedurfte es eines Heizers (Handwerker), zweier Hausmädchen, dreier Waschmädchen, einer Näherin; eine Vermehrung des ärztlichen Personals war nicht erforderlich.“ (Aus: GOTTSTEIN, Krankenhäuser für Leicht- und Chronischkranke.)