

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