

stetig im Wachsen begriffen und beträgt z. Zt. 246; in 50 weiteren Anstalten sind ähnliche Einrichtungen vorhanden.

Während es zunächst durchweg die freie Wohlfahrtspflege war, die die Pionierarbeit leistete und den Fürsorgedienst im Krankenhaus einführte, übernahmen allmählich in immer stärkerem Maße die Kommunalverwaltungen dieses Arbeitsgebiet. In letzter Zeit haben allerdings die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege ein wachsendes Interesse an dem Fürsorgedienst im Krankenhaus gezeigt.

Auf der großen Ausstellung für Gesundheitspflege, Soziale Fürsorge und Leibesübungen Düsseldorf 1926 (Gesolei) trat die deutsche Soziale Krankenhausfürsorge zum ersten Male als Gesamtheit in die Erscheinung, und die erste Tagung der Krankenhausfürsorgerinnen Deutschlands im September desselben Jahres hatte die Gründung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus im Sommer 1927 zur Folge. Damit war eine Stelle geschaffen worden, die für die Ausbreitung und Vertiefung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus wirbt, das veröffentlichte Material sammelt, Auskunft erteilt und die Verbindung zwischen den einzelnen Stellen in Deutschland herstellt.

Auf der Pariser Internationalen Konferenz für Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik im Juli 1928 bildete der Fürsorgedienst im Krankenhaus zum ersten Male den Gegenstand einer internationalen Aussprache, als deren Ergebnis u. a. die Anregung Dr. CABOTS (Boston) verzeichnet werden kann, einen dauernden gegenseitigen Austausch von Veröffentlichungen und Mitteilungen über dieses Gebiet zwischen den Vereinigten Staaten, England, Frankreich und Deutschland aufrecht zu halten, was seitdem geschieht.

II. Aufgaben.

Die Bemühungen von Ärzten und Pflegepersonal um das Wohl der Kranken aufs eingehendste zu unterstützen und nach der fürsorgerischen Seite hin zu ergänzen, ist Aufgabe des Fürsorgedienstes im Krankenhaus. Seine Maßnahmen sollen verhindern, daß die Aussicht auf einen vollen Heilerfolg durch irgendwelche ungünstigen sozialen Umstände beeinträchtigt wird.

Diese Maßnahmen können, zeitlich betrachtet, als Vor-, Für- und Nachsorge bezeichnet werden, wie dies Geheimrat ALTER in den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen getan hat (s. Absatz VI, 1).

Die Vorsorge liegt naturgemäß vor der Einleitung der Behandlung und beschäftigt sich daher ausschließlich mit den

Patienten der dem Krankenhaus angeschlossenen Poliklinik. Sie hat die Hindernisse zu beseitigen, die der Ausführung der vom Arzt verordneten Behandlung entgegenstehen. Diese Hindernisse können rein subjektiver Natur sein, wie die Angst vor einer Operation oder Gleichgültigkeit und Leichtsinn einem bestehenden Leiden gegenüber. Sie werden noch häufiger objektiver Art sein: eine Mutter wird sich z. B. kaum entschließen können, eine notwendige Behandlung durchzumachen, wenn sie Kinder und Haushalt unversorgt zurücklassen muß; ein Familienvater wird die Ausführung einer Operation solange als irgendetmöglich hinauschieben, wenn nicht in der Zwischenzeit der Unterhalt seiner Familie sichergestellt ist. Eine große Rolle spielt hier auch die Vermittlung der für die Behandlung erforderlichen Geldmittel, ohne deren Beschaffung sie nicht durchgeführt werden kann. — Diese Hindernisse durch persönliche Einwirkung auf die Kranken oder die entsprechenden Hilfsmaßnahmen zu beseitigen, ist eine der Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin. Die Patienten werden dadurch zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung zugeführt, als dies sonst geschähe, und die Aussichten auf Heilung infolgedessen nicht unwesentlich verstärkt.

Die Fürsorge und Nachsorge hat es sowohl mit den Patienten der Poliklinik wie mit den in stationärer Behandlung befindlichen Kranken zu tun. Auch hier wird es sich häufig um die Beschaffung der Summe handeln, die für die Behandlung notwendig ist und die nicht immer in ausreichendem Maße von den Krankenkassen bewilligt wird oder von dem Patienten und seinen Angehörigen selbst aufgebracht werden kann. Auch wird die Krankenhausfürsorgerin bei ambulanten Kranken versuchen, einen Krankenhausaufenthalt, wenn irgend möglich, durch Sicherung ausreichender häuslicher Pflege und Hilfe in der Wirtschaftsführung zu vermeiden. Ist eine Überführung ins Krankenhaus unabänderlich geworden, so ist ihre wichtigste Aufgabe die seelische Ruhigstellung des Kranken. Maßnahmen für zurückgebliebene Angehörige, um die der Patient in Sorge ist, werden oft notwendig sein, wenn keine ausreichende Vorsorge stattfinden konnte. Darüber hinaus aber soll sie die seelischen Schädigungen, die aus der Isolierung im Krankenhaus für die Patienten erwachsen, nach Möglichkeit beheben. Dr. CABOT, Boston, schreibt darüber: „Wir, die viel in einem Krankenhaus leben, sind in Gefahr, es nicht mehr mit den Augen eines Menschen sehen zu können, der zum ersten Male krank dorthin kommt. Für den Patienten ist alles, was er dort sieht, begreiflicherweise sehr unnatürlich, abstoßend, schrecklich. Die rasche Art der beschäftigten Ärzte und Pflegerinnen und ihre

Inanspruchnahme durch die physische und medizinische Seite ihrer Arbeit wirkt, selbst wenn sie durchaus freundlich sind, wie ein Gefriermittel, wie ein sterilisierendes Agens auf den Geist und die Empfindungen des Patienten. Seine Welt scheint erfroren, unfruchtbar, mechanisiert, hoffnungslos. Alle diese Eindrücke sind um so stärker in ihrer ungünstigen Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Kranken, als sie für ihn selbst unbestimmt und undeutlich sind. Er ist sich nicht darüber klar, was ihm fehlt. Er fühlt nur ein furchtbares Heimweh, einen Ekel vor seiner Existenz unter solchen Bedingungen. Der Antrieb zur Gesundung kann dadurch unterdrückt werden. Es ist die besondere Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin, gegen diese Schädigungen zu kämpfen. Sie kann durch Erklärungen, durch tröstlichen Zuspruch, durch Pläneschmieden für eine glücklichere Zukunft, vor allem durch echte und natürliche Freundlichkeit und Herzlichkeit, gelegentlich auch durch eine Aussprache über Leben und Tod, den Leidenden in seine gewohnte geistige Umgebung versetzen, deren heilende Kraft größer ist, als wir ermessen können.“

Ein geeignetes Mittel, den Kranken von seinen beunruhigenden Gedanken abzulenken, bietet auch die Lektüre oder anderweitige Beschäftigung. Diese letztere hat sich in den Vereinigten Staaten zu einem eigenen großen Arbeitsgebiet ausgewachsen, für das besondere Kräfte angestellt sind. In Deutschland finden wir in einigen Städten Kindergärtnerinnen zur Beschäftigung chronisch kranker Kinder. Eine Beschäftigung der Erwachsenen, wie sie LEYDEN mit seiner ersten Krankenhausfürsorge anstrebte, wird in Deutschland außer in Irren- und Siechenanstalten nur an wenigen Stellen durchgeführt. Es ist zu wünschen, daß sie nach therapeutischen Gesichtspunkten allmählich auch in die allgemeinen Krankenhäuser und die Spezialanstalten Eingang fände.

In den Vereinigten Staaten, England und Frankreich erstattet die Krankenhausfürsorgerin schon bei der ersten Untersuchung einen Bericht über die sozialen und psychologischen Faktoren in der Krankheit des Patienten und unterstützt den Arzt in der Diagnose sowie der Erfassung des Gesamtzustandes durch Daten aus der sozialen Geschichte sowie dem Familien- und Berufsleben des Patienten. Ähnliches wird auch in den Richtlinien des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen gefordert. Ferner wird von der Krankenhausfürsorgerin in den Vereinigten Staaten erwartet, daß sie dem Patienten und seiner Familie, soweit dies wünschenswert ist, den vom Arzt festgestellten Zustand erklärt und erläutert.

In die Fürsorge greift die Nachsorge hinüber. Schon während

des Krankenhausaufenthaltes sind unter Umständen Vorkehrungen zu treffen zur Verbesserung der häuslichen Verhältnisse des Kranken, um seine Gesundheit nicht von neuem zu gefährden. Seine Angehörigen müssen über seinen Zustand und die wichtigsten Verhaltensmaßregeln unterrichtet werden und ähnliches mehr.

Fachlich betrachtet teilen sich die Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin in Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und solche der wirtschaftlichen Fürsorge. Ihre Tätigkeit in gesundheitsfürsorgerischer Beziehung ist Absatz VI, 7 in den Richtlinien von Professor ROTT ausführlich dargestellt. Es erübrigt sich deshalb, an dieser Stelle näher darauf einzugehen.

Zur Unterstützung ihrer gesundheitsfürsorgerischen Tätigkeit wird aber die Krankenhausfürsorgerin noch weniger als andere Gesundheitsfürsorgerinnen der rein wohlfahrtspflegerischen Maßnahmen entraten können. Die Unbeweglichkeit des bettlägerigen Patienten macht es für sie notwendig, Angelegenheiten zu ordnen, die der Gesunde selbst erledigen kann. Hierzu gehört z. B. die Einleitung eines Rentenverfahrens, die Regelung von Mietsschulden, die Beschaffung von Arbeit oder Unterkunft, die Vermittlung von Unterstützungen usw.

Schließlich lassen sich die Aufgaben der Krankenhausfürsorgerin noch daraufhin ins Auge fassen, in wessen Interesse sie durchgeführt werden. Im allgemeinen werden ihre Maßnahmen zunächst dem einzelnen Kranken zugute kommen und für die Allgemeinheit nur insofern von Wert sein, als die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des einzelnen von allgemeiner Bedeutung ist. Denn die Unschädlichmachung einer Ansteckungsquelle, die Erhaltung des Arbeitsverdienstes eines Familienvaters, die völlige und schnelle Wiederherstellung einer Familienmutter ist stets volkswirtschaftlich von Wichtigkeit. Es gibt aber auch Leistungen der Krankenhausfürsorgerin, die in erster Linie oder ausschließlich dem Wohle der Allgemeinheit dienen: die Abkürzung des Krankenhausaufenthaltes und anderweitige Unterbringung des Patienten z. B. ist dem Kranken selbst oft sehr unwillkommen, ist aber notwendig, sowohl zur Entlastung des Krankenhauses und Milderung der Bettennot als für eine erhebliche Ersparnis an öffentlichen Mitteln. Stadtmedizinalrat KLOSE, Kiel, hat berechnet, daß in Kiel im Jahre 1927 hierdurch allein 90 000 M. an städtischen Mitteln gespart worden sind. Ebenso gelingt es der Krankenhausfürsorgerin oft, die Kranken selbst oder ihre Angehörigen zur Zahlung heranzuziehen. Auf Grund sorgfältiger Prüfung können durch sie ohne unbillige Härte leichter Zahlungen auch nachträglich verlangt und erhalten werden, als dies vom Büro

des Krankenhauses aus möglich wäre. Die Vertretung der berechtigten Ansprüche der Patienten gegenüber den Trägern der Sozialversicherung, die Heranziehung von Behörden, Arbeitgebern und privaten Wohlfahrtseinrichtungen trägt ebenfalls nicht unerheblich zur Entlastung der öffentlichen Wohlfahrtspflege bei. Auch der Mißbrauch der Polikliniken durch bemittelte Patienten, der in England eine Aufgabe der Krankenhausfürsorgerin ist, gehört in dieses Gebiet.

In Amerika erteilt die Krankenhausfürsorgerin nicht nur den Schwestern, sondern auch den Ärzten Unterricht in der Gesundheitsfürsorge, eine Leistung, die ohne Frage ebenfalls dem Interesse der Allgemeinheit dient.

III. Organisation.

Bezüglich der zweckmäßigsten Organisationsform des Fürsorgedienstes im Krankenhaus herrschen noch starke Meinungsverschiedenheiten. Im Vordergrund der Erörterung steht zunächst die Frage seiner Eingliederung in das System der Fürsorge. Wir begegnen stellenweise noch immer der Ansicht, daß er organisatorisch zum Gebiet der wirtschaftlichen Fürsorge gehöre. Diese Auffassung ist wohl darauf zurückzuführen, daß die Krankenhausfürsorgerin, mehr als andere Gesundheitsfürsorgerinnen, auch rein wohlfahrtspflegerische Maßnahmen durchführen muß, wie dies in dem Kapitel „Aufgaben“ dargelegt wurde.

Trotzdem kann es für mich keinem Zweifel unterliegen, daß eine fürsorgerische Tätigkeit, deren sämtliche Maßnahmen durch den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Betreuten bestimmt werden und die Beseitigung aller Störungen, die diesem Gesundheitszustand drohen, zum Ziele haben, ein Zweig der Gesundheitsfürsorge ist.

Hiermit in einem gewissen Zusammenhang bestehen Zweifel darüber, ob der Fürsorgedienst im Krankenhaus am zweckmäßigsten intern, d. h. durch eine zum Krankenhaus gehörige und von ihm angestellte Fürsorgerin ausgeübt werden soll, oder extern durch eine Krankenhausfürsorgerin, die im Auftrag einer Organisation außerhalb der Anstalt in das Krankenhaus kommt. Diese Frage wird voraussichtlich niemals allgemeingültig beantwortet werden können, denn der Fürsorgedienst im Krankenhaus ist ein Bindeglied zwischen dem Krankenhaus und der offenen Fürsorge, und wie es bei einer Brücke nicht möglich ist zu sagen, ob sie vom rechten Ufer eines Flusses zum linken oder vom linken zum rechten führt, so kann man auch die unbedingte Zugehörigkeit des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zu einer der beiden