

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

Seiten nicht feststellen; auch wird die Entscheidung je nach den örtlichen Verhältnissen verschieden ausfallen.

Immerhin ist diese Frage nicht gleichgültig, denn beide Organisationsformen haben verschiedene Vor- und Nachteile.

Die Krankenhausfürsorgerin, die zur Schwesternschaft des Krankenhauses gehört, bringt als große Vorzüge Erfahrung im Umgang mit Kranken und die genaue Kenntnis des ganzen Krankenhausbetriebes mit. Sie ist mit den verschiedenen Persönlichkeiten der Ärzte, Schwestern und Verwaltung gut bekannt, kann von vornherein speziellen Neigungen und Eigentümlichkeiten Rechnung tragen und dadurch Reibungen vermeiden. Ebenso ist sie selbst für die übrigen im Krankenhause tätigen Personen keine Fremde. So wird manches Mißtrauen, manche Ablehnung, mit der eine fremd ins Krankenhaus kommende Fürsorgerin zu kämpfen hat, hier von selbst wegfallen. Auch die Möglichkeit, die Fürsorgerin jederzeit erreichen zu können, ist für das Krankenhaus eine große Erleichterung, für den Kranken ein unleugbarer Vorzug. Wenn bei neueingelieferten Patienten ein sofortiges Eingreifen notwendig ist, hat die im Krankenhaus anwesende Schwester einen ungeheuren Vorsprung vor der Fürsorgerin, die erst benachrichtigt werden muß, selbst wenn diese auf telephonischen Anruf hin sich gleich auf den Weg macht.

Demgegenüber ist die von außen ins Krankenhaus kommende Fürsorgerin dadurch im Vorteil, daß sie selbst im Leben steht und in den meisten Fällen einen klareren Überblick und besseren Maßstab für die wirtschaftlichen Nöte ihrer Schützlinge haben wird als die im Krankenhaus vor allen Schwierigkeiten geschützte Schwester. Es ist keine Frage, daß das Leben *intra muros* ihr die Dinge außerhalb des Krankenhauses ferner rückt, als sie der Sozialbeamtin sind, die oft genug selbst mit den Sorgen des Lebens zu kämpfen hat. Vielleicht ließe sich dieser Nachteil für die interne Krankenhausfürsorgerin bis zu einem gewissen Grade dadurch ausgleichen, daß man auch die vom Krankenhaus angestellte und dort hauptamtlich tätige Fürsorgerin außerhalb der Anstalt wohnen ließe. Sie wäre dadurch gezwungen, sich selbst zu verpflegen und die Preise für Lebensmittel, Miete, Heizung, Beleuchtung blieben ihr nicht fremd, wie sie es der Krankenhausschwester sind. Auf alle Fälle aber wird der Zusammenhang mit den Einrichtungen der offenen Fürsorge bei der externen Krankenhausfürsorgerin stärker sein, denn es ist leichter für sie, die nahe Fühlung mit allen anderen Wohlfahrtseinrichtungen aufrecht zu halten.

Einen weiteren Vorteil der externen Krankenhausfürsorge sehe ich in ihrer Unabhängigkeit vom Krankenhausbetrieb. Es kann

kein Zweifel darüber bestehen, daß der interne wie der externe Fürsorgedienst im Krankenhaus der Leitung des Krankenhauses unterstellt sein muß, bei der man Verständnis für sein Wirken voraussetzen kann, und sich nach ihren Anordnungen zu richten hat. Ebenso wird es Pflicht jeder Krankenhausfürsorgerin sein, ihr Amt in Übereinstimmung und enger Zusammenarbeit mit den Ärzten und der Schwesternschaft des Krankenhauses auszuüben. Diese Zusammenarbeit ist aber leichter zu erzielen, wenn der Arzt in ihr die Mitarbeiterin und nicht die Untergebene sieht. Bezüglich der Stellung der internen Krankenhausfürsorgerin könnte in dieser Beziehung leichter ein Irrtum aufkommen, durch den ihre Tätigkeit beeinträchtigt würde, als bei der externen. Auch würde es ihr eher möglich sein, innerhalb der verschiedenen Strömungen im Krankenhause sich die neutrale Stellung zu bewahren, die für ihre Tätigkeit, die sich über die ganze Anstalt erstreckt, unerlässlich ist.

Wesentlich für die Entscheidung der Frage, ob interner oder externer Fürsorgedienst im Krankenhaus vorzuziehen ist, ist die Größe und Lage der in Frage kommenden Anstalten. So würde es z. B. für einen Ort, in dem sich mehrere kleine Krankenhäuser befinden, vorteilhafter sein, für alle gemeinsam eine hauptamtliche Krankenhausfürsorgerin anzustellen, als in jeder Anstalt eine Kraft nebenamtlich die Krankenhausfürsorge ausüben zu lassen.

Für ländliche Verhältnisse mit isoliert liegenden Krankenhäusern, die nicht groß genug sind, um eine Fürsorgerin voll zu beschäftigen, wird es eine Personenfrage sein, ob dem internen oder externen Fürsorgedienst der Vorzug zu geben ist. Wenn eine im Krankenhaus tätige Persönlichkeit, am besten die Oberschwester oder ihre Vertreterin, sich dafür eignet, kann ihr der Fürsorgedienst nebenamtlich übertragen werden. Sie kann nötigenfalls zu ihrer Entlastung alle erreichbaren Kräfte der offenen Fürsorge: Gemeindeschwestern, Mitglieder des Vaterländischen Frauenvereins usw. für den Teil der Arbeit heranziehen, der sich außerhalb der Anstalt abspielt, wie dies auch schon mehrfach geschieht. Findet sich im Krankenhause selbst niemand, der Zeit und Eignung für den Fürsorgedienst besitzt, so könnte, ähnlich wie einer Bezirksfürsorgerin in der Stadt, einer der Fürsorgerinnen des Kreises diese Arbeit mit übertragen werden. Bei der üblichen Überbürdung dieser Fürsorgerinnen aber wäre es vielleicht zweckmäßiger, zu versuchen, eine am Orte oder in der näheren Umgebung ansässige geeignete Hilfskraft der freien Wohlfahrtspflege dafür zu gewinnen. Bei konfessionellen Krankenhäusern und solchen

vom Roten Kreuz wäre unter diesen Umständen die entsprechende Organisation der offenen Fürsorge die gegebene Stelle zur Übernahme der Arbeit.

Die Organisationsform des internen Fürsorgedienstes im Krankenhaus ist im wesentlichen überall die gleiche; es handelt sich da nur um geringfügige Unterschiede, z. B. ob die Krankenhausfürsorge haupt- oder nebenamtlich ausgeübt wird, ob die Fürsorgerin zur Schwesternschaft gehört und im Krankenhause wohnt oder nicht. Die Anlehnung an die Gesundheitsfürsorge ist bei dem internen Fürsorgedienst im Krankenhaus eine Selbstverständlichkeit. Dagegen haben sich, zum Teil infolge der Meinungsverschiedenheiten über die Zugehörigkeit des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zur Gesundheits- oder Wirtschaftsfürsorge, zum Teil auch durch die sonstigen örtlichen Verhältnisse bedingt, für die externe Krankenhausfürsorge eine ganze Reihe von Organisationsformen entwickelt.

Am häufigsten finden wir den externen Fürsorgedienst im Krankenhaus im Rahmen der Familienfürsorge, sei es, daß diese vom Gesundheits-, vom Jugend- oder vom Wohlfahrtsamt ausgeführt wird. Der Vorzug des engen Zusammenhanges mit der offenen Fürsorge wird in dieser Form am vollkommensten verwirklicht. Ob die Krankenhausfürsorgerin hauptamtlich tätig und nur organisatorisch der Familienfürsorge eingegliedert ist, oder ob die Fürsorgerin des Bezirkes, in dem das Krankenhaus liegt, auch seine Insassen in Fürsorge nimmt, stets wird sie durch ihre Zugehörigkeit zur Familienfürsorge mit der Kollegin, die die Familie zu betreuen hat und vielleicht auch schon kennt, in naher persönlicher Fühlung stehen und dadurch eine Beschleunigung ihrer Wünsche erreichen, die sonst nicht möglich ist. — Diesem großen Vorteil steht aber der Nachteil gegenüber, daß die Arbeit der Familienfürsorge ihren Schwerpunkt im städtischen Amt hat und nicht im Krankenhaus. Hieraus können sich leicht Schwierigkeiten der Unterstellung ergeben, ohnehin einer der schwachen Punkte der Familienfürsorge. Auch bedeutet für die Familienfürsorge der Fürsorgedienst im Krankenhaus immerhin nur *eine* Aufgabe neben anderen wichtigen fürsorgerischen Obliegenheiten. Er kann deshalb unter Umständen nicht die Berücksichtigung finden, die ihm zukommt. Dasselbe gilt zum größten Teil, wenn der Fürsorgedienst im Krankenhaus durch eine Beamtin des Wohlfahrts- oder Jugendamtes ausgeübt wird.

Ein allzu großes Übergewicht der rein fürsorgerischen Gesichtspunkte gegenüber den Interessen des Krankenhauses liegt meiner Ansicht nach da vor, wo alle Familienfürsorgerinnen die Bewohner

ihres Bezirkes auch im Krankenhaus betreuen, wie dies stellenweise der Fall ist. Sicherlich ist es vom fürsorgerischen Standpunkt gesehen vorzuziehen, die Familie, gleichviel ob gesund oder krank, in derselben Hand zu belassen; Vor- und Nachsorge werden noch wirksamer gestaltet werden können, wenn jede Fürsorgerin direkt mit dem Arzt über ihre Schützlinge verhandeln kann und das Krankheitserlebnis in der Anstalt mit durchmacht. Diese Vorteile werden aber durch eine Beunruhigung des Krankenhauses erkauft, die m. E. weder den Ärzten und Schwestern noch den anderen Kranken zugemutet werden kann. Der Besuch einer Reihe von Fürsorgerinnen aus den verschiedenen Bezirken muß im Krankenhaus als störend empfunden werden und auf Widerstand stoßen. Die Fürsorgerin, die zum Krankenhaus gehört, ist mit den dortigen Gepflogenheiten vertraut; sie kann den Augenblick abpassen, in dem sie den Arzt sprechen kann, ohne ihn zu stören, sie kann alle fraglichen Dinge in einer einzigen Unterredung mit ihm durchsprechen. Alles dieses fällt fort, wenn die verschiedenen Familienfürsorgerinnen das Krankenhaus aufsuchen, und es ist zu befürchten, daß selbst Ärzte, die ein weitgehendes soziales Interesse besitzen, sich gegen diese Form der Fürsorge ablehnend verhalten würden.

Dieselbe Schwierigkeit ergibt sich aus der Auffassung der Vertreter der konfessionellen Wohlfahrtspflege, dem Zentralsauschuß für Innere Mission, dem Caritasverband und der Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden, welche den Standpunkt vertreten, nur eine Fürsorgerin, die derselben Religion angehört wie der Kranke, könne ihm den inneren Halt geben, dessen er bedarf. Diese Anschauung hat dazu geführt, daß von den betreffenden Verbänden abgesandte Krankenhausfürsorgerinnen in den verschiedenen Krankenhäusern die Kranken ihres Bekenntnisses aufsuchen. Daraufhin verlangte der Hauptausschuß für Arbeiterwohlfahrt, daß nicht religiös eingestellte Kranke, die der Sozialdemokratischen Partei angehören, von einer seiner Fürsorgerinnen betreut werden, und schickte eine vierte Fürsorgerin ins Krankenhaus.

Auch hier steht zweifelsohne dem Nachteil der Beunruhigung des Krankenhauses der Vorteil einer in vielen Fällen wirksameren Betreuung gegenüber. Der Umstand aber, daß die Krankenhausfürsorgerinnen auf den verschiedenen Stationen durch die Frage nach der Religionsgemeinschaft sich unter den verschiedenen Kranken ihre Schützlinge heraussuchen müssen und dadurch die weltanschaulichen Gegensätze bis ans Krankenbett getragen werden, erscheint mir ein so großer Übelstand, daß es dringend not-

wendig ist, hier eine Lösung zu finden. Vielleicht könnte man dahin übereinkommen, daß die Fürsorgerin des Krankenhauses angewiesen wird, bei ihrer Rücksprache mit den Patienten ihre Religion festzustellen und besonders darauf zu achten, ob ein Bedürfnis nach Betreuung durch eine Glaubensgenossin besteht. In diesem Falle hätte sie die betreffende Fürsorgerin zu benachrichtigen, wie dies in den Berliner Universitätskliniken bereits geschieht.

Eine andere Form der externen Krankenhausfürsorge sei noch hervorgehoben, die ein gewisses Kompromiß bildet und geeignet ist, die dem internen wie dem externen Fürsorgedienst im Krankenhaus anhaftenden Mängel zu mildern. Es handelt sich um die Arbeit von Vereinen, die sich die Ausübung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus als einzige Aufgabe gestellt haben. Da sie sich nur auf dieses Fürsorgegebiet beschränken und die Arbeit der von ihnen beschäftigten Fürsorgerinnen sich im Krankenhaus konzentriert, wird die Zugehörigkeit zur Anstalt sehr viel größer, der Zusammenhang mit dem Krankenhaus enger sein als bei den anderen Organisationen, die den Fürsorgedienst im Krankenhaus extern ausüben und neben dieser Arbeit noch andere wichtige Aufgaben im Auge behalten, neben den Interessen des Krankenhauses auch außerhalb dieser Sphäre liegende Wünsche berücksichtigen müssen. Auf der anderen Seite ist der Zusammenhang mit der offenen Fürsorge für sie ebenso leicht herzustellen wie für jede andere Wohlfahrtsorganisation, wenn er auch niemals ganz so eng sein wird wie der der Familienfürsorgerin zu ihrer Kollegin. Diese Organisationsweise gleicht etwa dem „social department“ der amerikanischen Krankenhäuser, das dort allgemein als die günstigste Organisationsform eingeführt worden ist. Sie ist die Art, in der Paris seinen vorzüglichen Fürsorgedienst im Krankenhaus aufgebaut hat. In Deutschland, wo es bisher für ein Krankenhaus in der Regel nur eine oder zwei Fürsorgerinnen gibt, ist diese Methode nur dann anwendbar, wenn mehrere Anstalten gemeinsam eine Stelle mit der Ausübung ihres Fürsorgedienstes im Krankenhaus beauftragen. Wir finden sie in Hamburg und den Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité, etwas Ähnliches in den Breslauer Krankenhäusern. Diese Methode hat noch den Vorzug, daß sie als einzige eine Arbeitsgemeinschaft einer Anzahl von Fürsorgerinnen bildet. Hierdurch wird die Isolierung der Krankenhausfürsorgerin, von deren Gefahren in dem Kapitel über die Ausbildung die Rede ist, aufgehoben und ein gegenseitiger Austausch von Erfahrungen aus der praktischen Arbeit ermöglicht, wie ihn keine der anderen Organisationsformen kennt. Hier bietet

sich auch Gelegenheit, die verschiedenen Möglichkeiten des Fürsorgedienstes im Krankenhaus zu studieren und Neuerungen zu erproben. Es ist deshalb kein Zufall, daß von einer dieser Organisationen in weitem Maße Anregungen für dieses Arbeitsgebiet ausgegangen sind. Auch sind sie die gegebenen Stellen zur Heranbildung der angehenden Krankenhausfürsorgerinnen.

Daß nur an 3 Stellen in Deutschland der Fürsorgedienst im Krankenhaus in dieser Weise organisiert ist, liegt daran, daß es in vielen Städten bisher nur eine Krankenhausfürsorgerin gibt. Die Ursache ist aber auch darin zu suchen, daß es auf die Dauer nicht möglich ist, in ausreichendem Maße private Geldmittel dafür aufzubringen. Wo solche Organisationen bestehen, erhalten sie Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln, die mindestens einen erheblichen Teil ihrer Personalunkosten decken.

Neben diesen Vereinen und der konfessionellen Wohlfahrtspflege hat auch der Vaterländische Frauenverein vom Roten Kreuz an verschiedenen Orten den Fürsorgedienst im Krankenhaus übernommen, und zwar in der Weise, daß Mitglieder des Vereins die Patienten im Krankenhaus aufsuchen und dort die Fürsorge ausüben.

Ob es zweckmäßiger ist, den Fürsorgedienst im Krankenhaus entsprechend den medizinischen Spezialfächern nach einzelnen Gebieten zu organisieren, steht noch zur Erörterung. Wie jede Spezialisierung eine Steigerung der Einzelleistung zur Folge hat, ist dies auch hier der Fall, und bei der großen Fülle der an die Krankenhausfürsorgerin herantretenden Probleme ist es sicher leichter, die auf einem Fürsorgegebiet regelmäßig wiederkehrenden Fragen gründlich zu beherrschen als mit allen Gebieten gleichmäßig vertraut zu sein. So wird die Fürsorgerin einer Entbindungsanstalt z. B. die Bestimmungen der Schwangeren- und Wochenfürsorge aufs genaueste kennen, mit Mütter- und Säuglingsheimen, Jugendämtern usw. in persönlicher Fühlung stehen; die Fürsorgerin einer chirurgischen Abteilung dagegen die Unfallgesetzgebung, das Rentenwesen bis in die letzten Feinheiten beherrschen, mit der Arbeitsvermittlung für Erwerbsbeschränkte, dem Selbsthilfebund für Körperbehinderte Verbindungen anknüpfen.

In England und Frankreich hat man aus diesem Grunde eine Spezialisierung vorgenommen, ebenso in Amerika; doch werden hier die Krankenhausfürsorgerinnen der verschiedenen Abteilungen zuweilen ausgewechselt, um Einseitigkeit zu vermeiden. In Deutschland wird man sich über diese Frage erst schlüssig zu werden brauchen, wenn die Zahl der Krankenhausfürsorgerinnen

erheblich vermehrt worden ist, denn solange eine einzige Krankenhausfürsorgerin ein Krankenhaus von 800—1000 Betten allein zu betreuen hat, kann sie unter Aufwand aller Kräfte nur die aller-notwendigste Fürsorgearbeit tun. Eine Steigerung der Leistung durch eingehendere Kenntnisse auf einem Gebiet ist bei einer derartigen Überlastung nicht zu erwarten.

Die Angaben über die Zahl der Kranken, mit deren Betreuung eine Fürsorgerin beauftragt werden sollte, schwanken zwischen 25 und 500. In Paris wird jeder Krankenhausfürsorgerin eine Station von nicht mehr als 100—120 Betten übertragen. In einem amerikanischen Krankenhaus sind für 350 Patienten 15 Fürsorgerinnen angestellt. Dr. GOLDMANN-Berlin hält 500 Betten für ein angemessenes Arbeitspensum. Ich pflichte ihm darin bei unter der Voraussetzung, daß die Krankenhausfürsorgerin eine Schreibkraft zur Hilfe hat, die die schriftlichen Arbeiten zum Teil nach Diktat, zum Teil selbständig für sie erledigen kann, und daß ihr für besonders eilige oder zeitraubende Wege eine Hilfskraft evtl. eine Wohlfahrtsschülerin oder Praktikantin zur Verfügung steht. Hat die Krankenhausfürsorgerin diese Dinge selbst mit zu erledigen, so wäre m. E. eine Bettenzahl von 200—300 angemessen, wenn nicht die Sorgfalt der Fürsorge gefährdet werden soll. Genaue Angaben lassen sich hierüber jedoch schwer machen, da die verschiedensten Momente zu einer stärkeren Inanspruchnahme bzw. Entlastung der Krankenhausfürsorgerin beitragen können. Einmal spielt hierfür die Ausdehnung des Krankenhauses selbst, die Schwierigkeiten, von einer Station zur anderen zu gelangen, eine Rolle; mehr noch die Art seiner Belegung. In einer Anstalt mit häufig wechselnder Belegung und Patienten, von denen eine verhältnismäßig große Zahl einer Betreuung bedarf, wie dies z. B. bei Wöchnerinnen der Fall ist, wird die Fürsorge für 200 Patienten ihre Zeit ganz ausfüllen; handelt es sich dagegen vorwiegend um chronisch Kranke, so wird man die Zahl entsprechend vermehren können. Weiterhin ist die Größe des Ortes ihrer Tätigkeit von Wichtigkeit, von der die Zeit abhängt, die sie auf Haus- und Behördenbesuche verwenden muß. Auch wenn sie diese Stellen so selten als möglich aufsuchen wird, bedeutet ihre große Zahl selbst für den Telephon- oder Schriftverkehr eine Arbeitsvermehrung. Man darf nicht vergessen, daß auch in Großstädten, deren Einteilung in Bezirke den anderen Fürsorgerinnen ihre Arbeit erleichtert, die Krankenhausfürsorgerin von dieser Annehmlichkeit ausgeschlossen ist, da im Krankenhaus nicht nur Kranke eines Bezirkes, sondern aus der ganzen Stadt Aufnahme finden.

Einen großen Einfluß auf die Arbeit der Krankenhausfürsorge-

rin hat auch der Ausbau der offenen Fürsorge in der betreffenden Stadt. Eine gut organisierte Familienfürsorge kann viel zur Entlastung der Fürsorgerin beitragen.

Für deutsche Verhältnisse dürfte die Betreuung von 200 Kranken das Mindestmaß, die von 500 das Höchstmaß an Arbeit darstellen.

Ganz ungeklärt ist die Frage noch für die Polikliniken, da in Deutschland hierüber noch fast gar keine Erfahrungen bestehen. Die chirurgische Universitätspoliklinik in Berlin benötigt bei 22 316 Aufnahmen jährlich die Kraft von einer Fürsorgerin. Vom Ausland ist bekannt, daß der Schwerpunkt der Arbeit in der Poliklinik liegt und die größte Anzahl von Krankenhausfürsorgerinnen hier tätig sind.

IV. Durchführung der Arbeit im einzelnen.

Von dem Vorhandensein des Fürsorgedienstes können die Kranken und ihre Angehörigen auf verschiedene Weise in Kenntnis gesetzt werden. Häufig geschieht es durch Plakate, die im Aufnahmebüro, in den Warteräumen und den Stationen an sichtbarer Stelle aufgehängt werden, und deren Text etwa lautet:

„Alle Patienten der Klinik, auch solche von außerhalb, können sich in Notlagen und Schwierigkeiten jeder Art vertrauensvoll um Rat und Hilfe an die Krankenhausfürsorgerin wenden. Sprechstunde:“ (Berliner Universitätsklinien).

Oder: „Jeder Kranke, der in Sorge um seine Angehörigen, seine Wohnung usw. ist, kann, wenn ihm eine andere Hilfe nicht zur Verfügung steht, die Vermittlung der *Krankenhausfürsorgerin* zur Vorkehrung des Erforderlichen anrufen.

Diese steht den Kranken auch bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit Rat und Hilfe zur Seite.

Ihren Besuch vermitteln die Schwestern.“ (Dresden.)

Es ist wichtig, das Format und vor allem den Druck der Plakate so groß zu wählen, daß der Text auch in einiger Entfernung, z. B. von den Krankenbetten aus, bequem zu lesen ist.

Ein zweiter Weg, die Patienten auf die Fürsorge aufmerksam zu machen, ist die Verteilung von Handzetteln, die ihnen entweder bei der Aufnahme eingehändigt oder ihnen später aufs Bett gelegt werden. Der letzte Weg ist meines Erachtens vorzuziehen, da die Kranken bei der Aufnahme durch die Erledigung der notwendigen Formalitäten in Anspruch genommen sind und sich außerdem meist in einer gewissen Erregung befinden, so daß sie den Zettel ungelesen in irgendeine Tasche stecken und nicht mehr