

c) Hausbesuche in unaufschiebbaren Fällen in Zusammenarbeit mit der Stadtfürsorgerin (auf besonderen Wunsch der Krankenhausärzte).

d) Übermittlung von Anordnungen des Krankenhausarztes nach der Entlassung an den behandelnden Arzt.

e) Alle Verhandlungen mit Krankenhausinsassen einschließlich der Wöchnerinnen. (In Ausnahmefällen ist die Stadtfürsorgerin berechtigt, im Einvernehmen mit der Krankenhausfürsorgerin Krankenhausbesuche vorzunehmen.)

f) Bei unehelichen Geburten im Krankenhaus, soweit es sich um Mütter handelt, die in Barmen ihr eigenes Heim haben, werden die Krankenhausbesuche auch durch die Stadtfürsorgerin im Einvernehmen mit der Krankenhausfürsorgerin ausgeführt.

2. Die Krankenhausfürsorgerin unterrichtet zur Veranlassung weiterer Maßnahmen die Stadtfürsorgerin in den nachfolgenden Fällen:

a) Angelegenheiten der Tuberkulosenfürsorge.

b) Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern oder Schulkindern.

c) Durchführung von ärztlichen Verhaltensmaßregeln nach Entlassung des Kranken aus dem Krankenhaus.

3. Die Krankenhausfürsorgerin benachrichtigt unmittelbar die zuständigen Dienststellen bei

a) Überleitung von Krankenhausinsassen in andere Anstalten.

b) Wirtschaftliche Maßnahmen.

c) Übertragung von Invalidenrenten, Erwirkung laufender Unterstützungen oder Versorgungsrenten (soweit die Krankenhausfürsorgerin diese Sachen nicht unmittelbar erledigen kann).

d) Maßnahmen aller Art, um die Entlassung aus dem Krankenhaus zu ermöglichen, z. B. Beschaffung von Wohnung, Kleidung, Unterstützung.

e) Fortschaffung entlassungsfähiger Wanderer in die Heimat.

7. Sonderabdruck aus: Fortschritte der Gesundheitsfürsorge

Jahrg. 3, Nr. 5. 1929.

Die Eingliederung der sozialen Krankenhausfürsorge in das System der Gesundheitsfürsorge. *Leitsätze* von Professor ROTT (Berlin) zu seinem Referat auf der Mitgliederversammlung des Vereins Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité. Berlin, 11. März 1929.

1. Trotz der relativ kurzen Entwicklungsgeschichte der Sozialen Krankenhausfürsorge kann heute festgestellt werden, daß deren Wesen und Form so weit klar definiert sind, daß ihre Stellung innerhalb der Volkswohlfahrtspflege präzisiert und fixiert werden kann. Die Soziale Krankenhausfürsorge befindet sich nicht mehr im Stadium des Experimentes. Die von privater Seite geleistete Pionierarbeit ist als abgeschlossen zu betrachten.

2. Wie bei anderen Spezialzweigen der Volkswohlfahrtspflege hat auch die Soziale Krankenhausfürsorge ihren Ausgangspunkt von der Wirtschaftsfürsorge genommen. Trotzdem ist sie überall aus gesundheitlichen Gesichtspunkten heraus eingerichtet worden. Das Ausland hat früher als wir die gesundheitsfürsorgerische Bedeutung der Sozialen Krankenhausfürsorge erkannt.

3. In Deutschland war die Krankenhausfürsorgerin zunächst nichts anderes als die *Vertreterin* des durch seine körperliche Hinfälligkeit behinderten Kranken. Allmählich wurde sie zur *Beraterin* des Kranken in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Beziehung.

4. Die Soziale Krankenhausfürsorgerin hat sich zur Gesundheitsfürsorgerin

entwickelt. Ihr Tätigkeitsgebiet ist die Betreuung einer fest abgrenzbaren Bevölkerungsgruppe, nämlich der infolge ihrer Krankheit und des dadurch bedingten Krankenhausaufenthaltes besonders gefährdeten Krankenanstaltsinsassen und deren zurückgelassenen Familienangehörigen. Die durch die Soziale Krankenhausfürsorgerin vermittelte Beratung oder Wirtschaftshilfe geschieht in der ausgesprochenen Absicht, den körperlichen und geistigen Gesundheitszustand des Kranken zu fördern und die in wirtschaftlicher Not zurückgelassenen Familienmitglieder durch wirtschaftliche Hilfe oder gesundheitliche Beratung vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren.

5. Die Tätigkeit der Sozialen Krankenhausfürsorgerin ist wie bei jeder Gesundheitsfürsorgerin a) eine vermittelnde, b) eine selbständig eingreifende. In der vermittelnden Arbeit kombiniert die Soziale Krankenhausfürsorgerin alle Fürsorgezweige, soweit die Krankenhausinsassen in Betracht kommen. (Vgl. ENGFEL, Kinderkrankenhausesfürsorge. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. 2, Heft 7/8, 1927. GOLDMANN, Die Aufgaben der Sozialen Krankenhausfürsorge. Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 49, 1926.) In unmittelbarer Arbeit werden von ihr außerdem Krebskranke, Stoffwechselkranke (Diabetiker), Herzkranke und Geisteskranke, für welche Spezialmaßnahmen im System der Gesundheitsfürsorge noch fehlen, betreut. Im einzelnen bestehen die Aufgaben der Sozialen Krankenhausfürsorgerin in:

a) *Unterstützung der ärztlichen Diagnose durch die soziale Diagnose* (vgl. MAC-EACHERN, How Social Service supplements Treatment, The Modern Hospital, December 1928. PRUITT, Hospital Service in Diagnosis and Treatment. China Medical Journal, June 1928) und *Feststellung der sozialen Bedingtheit der Krankheit* (bei uns noch wenig ausgebaut).

b) *Belehrung der Angehörigen über das Wesen der Erkrankung* (vgl. FINKE, Krankenhausfürsorge für Geisteskranke. Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, Jg. 2, S. 222. 1928).

c) *Psychische Beeinflussung des Kranken, Belehrung und Beeinflussung des Anstaltsinsassen über eine dem Gesundheitszustand angemessene Lebensweise* (Wöchnerinnen, Tuberkulöse) (vgl. Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, herausgegeben vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen im Juni 1926).

d) *Belehrung der Kranken über die Wichtigkeit laufender ärztlicher Überwachung* (Zuweisung von Krebs-, Geschlechts- und Lupuskranken zur Nachuntersuchung, Ermahnung zur Durchführung einer Heilkur, Zuweisung von Mutter und Säugling an die Fürsorgestelle u. a. m.).

e) *Benachrichtigung der zuständigen Spezialfürsorgestellen, und zwar vor der Entlassung des Kranken über notwendiges Eingreifen, Vermittlung geeigneter Pflegestätten für ledige Wöchnerinnen und unehelich Neugeborene.*

f) *Beseitigung der psychischen Hindernisse, die einer Behandlung im Wege stehen* (Angst vor Operation, falsche Beurteilung einer Krankheit, Belehrung über mögliche Folgen, wenn ärztliche Verordnungen nicht beachtet werden).

g) *Nähere Erläuterung über die Durchführung ärztlicher Verordnungen* (Diät bei Diabetikern, Diät und Medikation bei rachitischen Kindern u. a.).

h) *Sicherung des Krankenhauserfolges durch nachgehende Fürsorge, im Falle eine Spezialfürsorgestelle nicht vorhanden ist.* (Berufsumleitung, häusliche Kontrolle, Beseitigung gesundheitsschädlicher Gewohnheiten, vgl. FINKE, Krankenhausfürsorge für Geisteskranke, Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, S. 222, 1928.)

i) *Vorbeugende Gesundheitsfürsorge für die Familie des Kranken* (vgl. Richtlinien für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, herausgegeben vom Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen, Juni 1926, 2/3,

vgl. HEDWIG LANDSBERG, Die Notwendigkeit einer sozialen Fürsorge in Polikliniken und Ambulatorien, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, Nr. 4, Juli 1927, vgl. *Hix*, Social Service in the hospital Program. Hospital Social Service, Bd. 18, Nr. 5, November 1928).

6. Um diesen im Wesen als Gesundheitsfürsorge anzusprechenden Aufgaben gerecht werden zu können, ist für die Soziale Krankenhausfürsorgerin eine weitgehende Kenntnis von Krankheiten und Krankheitszuständen (vgl. HOCH, Der Fürsorgedienst im Krankenhaus, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene, Jg. 40, Nr. 12a, Nr. 12a, 1927), sowie des Systems der gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen notwendig. Krankenpflegerische Vorkenntnisse sind für die Ausbildung der Sozialen Krankenhausfürsorgerin ebenso Vorbedingung, wie für jede Gesundheitsfürsorgerin überhaupt.

Nach alledem ist es jetzt auch an der Zeit, die Ausbildungsfragen der Krankenhausfürsorgerinnen zu regeln. Die Zugehörigkeit der Sozialen Krankenhausfürsorgerin zur Gesundheitsfürsorge erfordert die Eingliederung der Ausbildung in die Wohlfahrtsschule und die Erweiterung des Lehrplanes derselben auf das Gebiet der Sozialen Krankenhausfürsorge. Die heute übliche Spezialausbildung geeigneter Persönlichkeiten zu Sozialen Krankenhausfürsorgerinnen kann nur als eine Übergangsmaßnahme angesehen werden.

7. Auch die Forderung auf Eingliederung der Sozialen Krankenhausfürsorge in das System der Gesundheitsfürsorge überhaupt dürfte sowohl im Rahmen der Bestrebungen planmäßiger Gestaltung der Gesundheitsfürsorge liegen, als auch durch den Stand der Entwicklung der Sozialen Krankenhausfürsorge gerechtfertigt sein. Nicht nur die wirksamen gesundheitsfürsorgerischen Erfolge für eine besonders gefährdete Bevölkerungsschicht, sondern auch die Vorteile gut organisierter Sozialer Krankenhausfürsorge für den Gesundheitsetat einer Stadt (vgl. KLOSE, Bericht über den Fürsorgedienst in den Krankenhäusern Kiels, Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 25. Jg., Heft 5, 1929) stempeln die Soziale Krankenhausfürsorge zum integrierenden Bestandteil eines städtischen Gesundheitsamtes. Durch diese Eingliederung ist auch die Verbindung der Sozialen Krankenhausfürsorge mit den anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge gesichert.

8. Die Abgrenzung zwischen der Sozialen Krankenhausfürsorge und den übrigen Zweigen der Gesundheitsfürsorge muß so erfolgen, daß die Soziale Krankenhausfürsorgerin alle notwendigen fürsorgerischen Maßnahmen übernimmt, solange der Patient sich im Krankenhaus befindet. Sobald er aus der Anstalt entlassen wird, soll sie die Betreuung an die zuständige Fürsorgestelle abgeben unter Bekanntgabe des im Krankenhaus festgestellten Befundes, der ärztlicherseits weiterhin für notwendig gehaltenen Maßnahmen sowie der bis dahin von der Krankenhausfürsorgerin ergriffenen Fürsorgemaßnahmen. Ebenso ist die im Gesundheitsamt zu bildende Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge von einer Spezialfürsorgestelle zu benachrichtigen, wenn ein Schützling einer Fürsorgestelle in ein Krankenhaus übergeführt werden muß (vgl. die Praxis der Sozialen Krankenhausfürsorge in Frankfurt a. M., bei der Meldung der zur Entlassung kommenden Kinder an den Frankfurter Verband für Säuglingsfürsorge- und Jugendberatungstellen.)

Diejenigen Patienten, für deren Krankheit eine zuständige Fürsorgestelle nicht besteht (Krebs-, Zucker-, Darm-, Magen-, Herzkrankte usw.), bei denen eine nachgehende Betreuung aber notwendig ist, soll die Krankenhausfürsorgerin bis zur anderweitigen Regelung in eigener Fürsorge behalten.

9. Die Bildung einer offiziellen Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge im Gesundheitsamt macht den Besuch anderer Fürsorgeorgane in der Krankenanstalt überflüssig. Es handelt sich z. B. um die Tätigkeit

- a) des Pflegeamts auf den Abteilungen für Geschlechtskranke,
- b) des Jugendamtes in den Gebäranstalten zur fürsorgerischen Betreuung der ledigen Wöchnerin und deren Neugeborenen.

Das Eindringen mehrerer Fürsorgerinnen von außen ins Krankenhaus bedeutet eine unnötige Beunruhigung, Inanspruchnahme und Belästigung der Patienten, Ärzte und Schwestern (vgl. HEDWIG LANDSBERG, Die Notwendigkeit einer sozialen Fürsorge in Polikliniken und Ambulatorien, Deutsche Zeitschrift für Wohlfahrtspflege, Nr. 4, Juli 1927, vgl. weiterhin die Praxis der Stadt Berlin bei der Regelung der Wochenfürsorge, Berliner Wohlfahrtsblatt, Nr. 5, 1928).

10. Die Krankenhausfürsorgerin ist ein Organ der Stelle für Soziale Krankenhausfürsorge im Gesundheitsamt, muß aber auch dem Krankenhausdirektor unterstellt sein, damit sie nicht einen Fremdkörper im Krankenhaus bildet. Die Art ihrer Tätigkeit erfordert jedoch eine enge Arbeitsgemeinschaft mit den anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge bzw. mit der Familienfürsorge. Es dürfte durchaus zweckmäßig sein, daß die Fürsorgerin des Wohnbezirkes des Kranken der Krankenhausfürsorgerin, die in ihrer Anstalt doch Kranke aus allen Stadtgegenden zu betreuen hat, die Hausbesuche abnähme, und daß die Anträge der Krankenhausfürsorgerin stets beschleunigt zur Erledigung kämen, da es sich hier meist um ganz akute Notstände handelt (vgl. MEYER-ESTORF, Die soziale Krankenhausfürsorge im In- und Auslande, Sozialhygienische Mitteilungen, 9. Jg., Heft 3, Juli 1925).