

sierung kranker Kinder *unter zwei Bedingungen* noch gegenwärtig die einzige Lösung: *In Kleinstädten und vielen Mittelstädten.* Zwar haben kleinere Gemeinden oft die Möglichkeit, Säuglinge zusammenzulegen, aber für Klein- und Schulkinder fehlen gesonderte Räume. Daher werden Kinder von 2—14 Jahren mit einer operierten Rippenfellvereiterung oder einer Lungenentzündung auf die chirurgische oder innere Erwachsenenstation gelegt. 2. *In vielen Spezialkliniken aller Städte.* Gesonderte Kliniken oder Krankenabteilungen für Ohren-Augenkrankheiten usw. finden sich fast nur in Großstädten. Die Räume sind oft so beschränkt, daß Kinder, die in der Ohrenklinik an einer Warzenfortsatzvereiterung operiert wurden oder wegen einer Augapfelverletzung in der Augenklinik liegen, im Krankensaal der Erwachsenen bleiben. Oft bestätigt sich hier die alte Beobachtung von Miss NIGHTINGALE, und das Kind wird in rührender, wenn auch nicht immer sachkundiger Form von den Bettnachbarn betreut. Wir wissen, daß der Erfolg eines operativen Eingriffes beim Kind weit mehr als beim Erwachsenen von der Ernährung und dem Gesamtpflegezustand abhängt. Eine noch so kunstvoll ausgeführte Operation kann mißlingen, wenn das Kind Nährschäden zeigt, deren Folgen noch nicht einmal offen zutage treten, sondern sich nur aus der vom Kinderarzt sachkundig erhobenen Vorgeschichte ergeben. Wenn also zuweilen aus äußeren Gründen die Unterbringung kranker Kinder im Erwachsenen saal einer operativen Spezialklinik unerlässlich ist, dann muß die Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt gefordert werden, der den Operateur bei der Vor- und Nachbehandlung unterstützen kann. Dieser Leitsatz gilt nicht nur für chirurgische Fälle, sondern vor allem auch für die Hautkrankheiten des Kindesalters. Die Heilungsaussichten der Hautausschläge hängen mindestens ebenso von ernährungstherapeutischen wie rein hautärztlichen Maßnahmen ab.

II. Kinderkrankenzimmer auf Erwachsenenabteilungen.

In Mittelstädten, die oft nur kleine Krankenhäuser besitzen, lohnt sich nicht die Anlage eines besonderen Kinderkrankenhauses. Weit zweckmäßiger als die vorher geschilderte Methode, Kinder unter Erwachsene zu legen, ist die Einrichtung besonderer Krankenzimmer für Kinder. Auch kleinere Krankenanstalten, die 75 bis 100 Betten enthalten, können bei gutem Willen einen Saal mit 10 Betten für Kinder frei machen, die Pflege einer Kinderschwester übertragen oder einer Pflegerin, die sich für diesen Zweig der Krankenpflege besonders eignet. Leider ist eine solche Anstalt

niemals in der Lage, den schwierigen und vielseitigen Aufgaben der Behandlung und Absonderung kindlicher Infektionskrankheiten zu genügen. Ferner ist ein kleines allgemeines Krankenhaus auch meist nicht imstande, Krankheiten des frühen Lebensalters, besonders Ernährungsstörungen der Säuglinge, zu versorgen, da die Unkosten zu hoch sind. Sofern in einer Kleinstadt oder in vielen Mittelstädten die klinische Behandlung des kranken Säuglings nicht zu umgehen ist, ziehen es einsichtige Eltern auch stets vor, das Kind der Klinik einer benachbarten Universitätsstadt oder der Kinderabteilung eines großstädtischen Krankenhauses oder schließlich einem Kinderkrankenhaus zuzuführen.

Nicht nur Mittelstädte haben heute vielfach grundsätzlich das gesonderte Kinderkranken Zimmer eingeführt. Chirurgische Abteilungen der Großstädte und der Universitätskliniken haben fast stets Kindersäle, weil die Gesamtbettenzahl dieser Hauptkliniken meist größer ist als die der Hals-Nasen-Ohren-, Augen-, Haut-, Nervenkliniken usw., und ferner, weil der Prozentsatz der Kinder aufnahmen in chirurgischen Kliniken doch ein recht hoher ist. Die Zahl der chirurgischen Kinderkrankheiten in diesen Anstalten ist ja meist so groß, daß besonders geräumige Säle zur Verfügung gestellt werden müssen. Man bedenke nur, ein wie gewaltiges und vielseitiges Krankenmaterial auf der chirurgischen Kinderabteilung einer Großstadt zusammentrifft, ein Krankenbestand, der eigentlich noch weit verzweigtere Aufgaben stellt als auf einer inneren Kinderstation: Knochenbrüche, Verletzungen, Wurmfortsatzentzündungen, Leistenbrüche, Rippenfellvereiterungen, Knochenmarksentzündungen, infektiöse und nicht ansteckende Hüftgelenkserkrankungen, Magenpfortnerkrampf der Säuglinge, orthopädische Fälle. Nicht immer besteht die Neigung und äußere Möglichkeit, das Kind in der chirurgischen Klinik operieren und dann im Körbchen oder auf der Trage in die benachbarte Kinderklinik zur Nachpflege bringen zu lassen. Mit vollem Recht ist außerdem heute die Scheu vor operativen Eingriffen, selbst im Säuglingsalter, weit geringer als noch vor 10 Jahren, und so wächst der Zustrom. Daher rührt es, daß erfahrungsgemäß auch die größten Säle in chirurgischen Kliniken für Kinder oft nicht ausreichen, daß Überbelegungen stattfinden, und daß Saalinfektionen, die Abteilungsschließung erforderlich machen, nur zu häufig vorkommen. Die Klage verstummt nicht, daß Kinder in der Genesungszeit nach einer Operation einen grippalen Infekt oder Masern erwerben, und die Ansteckung kann bei herabgesetzter Widerstandsfähigkeit verhängnisvoll werden. Während manche Kinderkliniken heute wohl einen zu kostspieligen Auf-

wand an Absonderung treiben, ist der Schutz in den großen Krankensälen der chirurgischen Hauptkliniken sicherlich oft ein zu geringer.

III. Gesonderte Kinderkrankenhäuser.

Die Kinderheilkunde, seit über 10 Jahren als Prüfungsfach mit den Anforderungen gesonderter Facharztausbildung anerkannt, wird als die innere Medizin vom Säuglingsalter bis zu den Entwicklungsjahren aufgefaßt. Daher muß das Kinderkrankenhaus als eine geschlossene Anstalt bezeichnet werden, die alle inneren Erkrankungen vom Säuglingsalter bis zu 14 Jahren aufnimmt. Nur für die Großstadt kommt ein solcher Bau überhaupt in Frage. Wenn eine Gemeinde eine größere Krankenabteilung für innere Leiden plant, so berechnet sie, eine wie hohe Bettenzahl bei einer bestimmten Bevölkerungsziffer notwendig sein wird und kann im Bedarfsfalle sehr große Abteilungen einrichten. Alle Kliniker sind sich darüber einig, daß ein Kinderkrankenhaus nicht mehr als 250 Betten enthalten, ja möglichst unter dieser Zahl bleiben soll. Dafür sprechen eine Reihe von Gründen. *Erstens* kann ein Abteilungsleiter, worauf BIRK kürzlich ausführlich begründend hingewiesen hat, bei einer Anstalt, die mehr als 150 Betten enthält, das Krankenmaterial nur übersehen, wenn er die Einzelleitung selbständigen Oberärzten überläßt. In der Kinderklinik bedarf nun einmal jede noch so geringfügig erscheinende Zustandsänderung liebevollster Aufsicht, während auf inneren Abteilungen doch immer ein nicht geringer Prozentsatz chronisch Kranker liegt, in deren Befinden sich wochenlang nichts oder wenig ändert. *Zweitens* steigt mit dem Anwachsen der Bettenzahl die Gefahr der Berührungs- und Luftübertragungen. *Drittens* sind die Betriebskosten eines Kinderkrankenhauses sehr hoch, besonders da eine Schwester eine weit geringere Zahl Säuglinge als Erwachsene versorgen kann. Leitung und Besoldung des Personals, Milchküchen-, Wirtschafts- und Wäschebetrieb lassen einen nicht zu umfangreichen Großbetrieb zweckmäßig erscheinen. *Viertens* ist es ein großer Unterschied, ob eine innere Abteilung oder ein Krankenhaus für Kinder über 150—250 Betten verfügt. Eine große innere Station hat es ja nicht nötig, bei ihrer räumlichen Aufteilung so weitgehend zu unterscheiden. Kinderkrankenhäuser dagegen sollen bei einer bescheidenen Bettenzahl Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder nach Geschlechtern getrennt, Beobachtungs- und Infektionsräume enthalten, einen vielfach unterteilten Küchenbetrieb und besonders gute Anlagen für physikalische Therapie. Durch diese weitgehende Aufteilung wird es verständ-