

lich, daß selbst ein Kinderkrankenhaus von 250 Betten, das im weiten Umkreis einer Großstadt liegt, nicht ausreicht. Man soll also zwei Ansprüchen genügen, die schwer miteinander in Einklang zu bringen sind: *Erstens* sollen Anstalten mit relativ kleiner Bettenzahl gebaut werden und *zweitens* sollen diese in viele Einzelabteilungen zerfallenden Kleinkrankenhäuser in der Lage sein, alle Kinder, die einer Hospitalisierung bedürfen, aufzunehmen.

Die beste Lösung erscheint deshalb der von ERWIN SCHIFF u. a. vorgeschlagene Weg, in Millionenstädten *mehrere kleine Kinderkrankenhäuser, über das Weichbild der Stadt verteilt, zu erbauen*, die, losgelöst von inneren Abteilungen, *unter die Leitung hervorragender Kinderärzte* zu stellen sind. Auf diese Weise würde der heute noch bestehenden Bettennot abgeholfen. Mittelstädte kommen natürlich auch mit *einem* Kinderkrankenhaus aus, und es ist sicher, daß klein- und mittelstädtische Kinderkrankenhäuser für die Behandlung manche Vorzüge haben, die das großstädtische Kinderkrankenhaus aufgeben müßte. Die alten Kliniker (RAUCHFUSS u. a.) wie auch die gegenwärtigen Führer auf diesem Gebiet (FEER u. a.) haben stets den Standpunkt vertreten, Kinderhospitaler müßten, wenn möglich, an der Peripherie der Stadt erbaut werden, um die Freiluftbehandlung zu fördern, Tummelplätze für genesende Kinder zu schaffen, Erweiterungsbauten zu ermöglichen. Dieser Vorteil läßt sich für das *einzig*e Kinderkrankenhaus der Stadt stets erreichen, aber nicht für 5—10 kleine Anstalten einer Großstadt, die notgedrungen in den dichtest bevölkerten Bezirken mit großer Kinderzahl errichtet würden. Der gleiche Verzicht gilt auch für Kinderabteilungen in den großstädtischen Allgemeinkrankenhäusern. Ganz abgesehen von dieser doch lösbaren Schwierigkeit stellte das Kinderkrankenhaus, d. h. das geschlossene, von andern Krankenanstalten losgelöste und nur für Kinder bestimmte Hospital noch keineswegs die endgültige und vollkommene Lösung der Frage dar.

IV. Der „Kindertrakt“ im Zentralkrankenhaus.

Das Wort „Kindertrakt“ stammt von A. SCHLOSSMANN, dem wir seit Jahrzehnten die wichtigsten und grundlegenden Neuerungen auf dem Gebiete des Kinderspitalwesens verdanken. Er geht sogar so weit, daß er das isolierte Kinderkrankenhaus für etwas in der Gegenwart Überholtes ansieht und die Unterbringung sämtlicher kranken Kinder in einer Kinderabteilung („Kindertrakt“) des Zentralkrankenhauses empfiehlt. Die Leitung dieser Abteilung soll selbstverständlich ein Kinderarzt haben. Da gerade

in den letzten Jahren auch andere führende Kinderärzte aus der praktischen Erfahrung heraus zu ähnlichen Ansichten gelangten, sollen die bereits vorliegenden Ergebnisse und wichtigen Folgerungen erwähnt werden. Wir wollen zunächst von einem „erdachten Fall“ ausgehen, wie er sich in jeder Großstadt täglich ereignet:

Der 14 Tage alte Säugling X. Y. liegt mit einem für angeborene Syphilis verdächtigen Schnupfen im Säuglingsheim. Die klinische Diagnose ist zweifelhaft, Blutuntersuchung in diesem Alter nicht beweisend. Eingehende Rückfragen oder persönliche Besprechungen mit der Entbindungsanstalt, die eine möglichst frühzeitige antiluische Kur veranlassen würden, scheitern an der Entfernung. Der Säugling wird wegen der zunächst unspezifischen Infektionsgefahr in eine weit entfernte Kinderabteilung, wo gerade ein Bett frei ist, gebracht. Durch Transport und Milieuwechsel verschlimmert sich der Infekt. Ernährungsstörung, Heilnahrung. Nach 5 Wochen sichert die positive Wassermannsche Reaktion die anfängliche Verdachtsdiagnose. Mitten in der Kur nimmt die Mutter gegen ärztlichen Rat das 2 Monate alte Kind aus der Klinik, weil zum Schnupfen eine Mittelohrentzündung trat. Der Säugling kommt in eine Ohrenklinik, deren Küche nicht auf die Behandlung von Ernährungsstörungen eingerichtet ist. Nach langer Behandlungszeit an verschiedenen Stellen wird das Kind in einer Säuglingsfürsorge beraten, die seine ganze Vorgeschichte nur stückweise erfährt.

Aus solchen Erfahrungen ergaben sich zwei Forderungen:

1. *Die Verbindung des Kinderkrankenhauses mit den Einrichtungen der gesamten sozialen Kinderfürsorge;*
2. *die von A. SCHLOSSMANN geplante Einfügung des „Kindertraktes“ in ein Zentralkrankenhaus.*

Da die *zweite* Forderung zum größten Teil noch ein Zukunftsplan ist, die *erste* dagegen in mancher Beziehung verwirklicht wurde, beginnen wir mit der Bedeutung des Kinderkrankenhauses als Teil der sozialen Fürsorge.

IVa. Das Kinderkrankenhaus als Teilglied oder Mittelpunkt der sozialen Kinderfürsorge.

1. Säuglingsklinik und Entbindungsanstalt.

ARNOLD ORGLER hat statistisch nachgewiesen, daß bei einer durch räumliche Nachbarschaft begünstigten Zusammenarbeit zwischen *Entbindungsanstalt* und *Säuglingsheim* die Säuglingssterblichkeit in den ersten Lebensmonaten besonders gering ist (Hebammenlehranstalt und Säuglingsheim Berlin-Neukölln, Mariendorfer Weg). Vorteile sind: Behandlung der Neugeborenen in schwierigen Fällen durch den schnell zu erreichenden Kinderfacharzt. Rückfragen über den Geburtsverlauf. Behandlung der Mutter durch den Arzt, der die Geburt leitete, wenn in der Stillperiode Beschwerden auftreten.