Krankenpflege.

Fortschritte der Krankenpflege in den Jahren 1896 und 1897.¹⁾

Von Dr. Wilhelm Croner,

Assistenzarzt an der medicinischen Universitäts-Poliklinik in Berlin.

Wer es im gegenwärtigen Zeitpunkt unternimmt, über Krankenpflege zu schreiben, hat damit zu kämpfen, dass die Grenzen dessen, was man mit diesem Ausdruck bezeichnet, nicht allgemein feststehen. Wollen wir aufrichtig und ehrlich sein, so können wir die Krankenpflege überhaupt mit der Therapie identificiren. Sagte doch sogar der modernste medicinische Wanderprediger jüngst in einer seiner Laienversammlungen, wir Aerzte pflegen alle nur, das Heilen müssten wir der Gottheit überlassen, denn mit der Heilkunst stehe es noch so wie früher, dass man es am Ende gehen lassen muss, wie es Gott gefällt. Das wissen wir schon lange, dass die Krankenpflege ein integrierender und machtvoller Bestandtheil unserer Therapie ist, und es ist deshalb mit Freuden zu begrüßen, wenn in neuerer Zeit diesem Zweig mehr Aufmerksamkeit als früher geschenkt wird. Es wäre aber zu bedauern, wenn dieser Zweig des ärztlichen Handelns von seinem Stamme, nämlich der Krankenbehandlung überhaupt losgetrennt würde. Wir müssten uns dann darauf gefasst machen, dass wir Spezialisten der Krankenpflege erleben. Das wäre aber kein Fortschritt, denn das, was der von uns gedachte Zukunftsspezialist leisten würde, soll jeder gut geschulte Arzt beherrschen.

Es dürfte deshalb nicht überflüssig erscheinen, nach dem Wunsche der Redaction dieser Zeitschrift die Fortschritte der Krankenpflege der letzten zwei Jahre, zu einem Ganzen vereinigt, zusammenzustellen.

Beginnen wir mit einer Rückschau auf dasjenige, was im Gebiet des **Krankenhauswesens** neu geschaffen oder erstrebt worden ist, so hat die Frage über die Nothwendigkeit der Errichtung von Specialkrankenhäusern beziehungsweise über die Art ihrer Beschaffenheit in der letzten Zeit das Interesse am meisten wachgerufen. Vor allem ist es die Fürsorge für die Lungenkranken, welche sich nach dieser Richtung documentirt. Von der Nothwendigkeit von Lungenheilstätten dürften, nachdem v. Leyden die Frage wachgerufen und, unterstützt von den meisten hervorragenden Klinikern, ihre Bedeutung immer wieder hervorgehoben hat, alle beteiligten Privatpersonen oder Behörden — vielleicht mit Ausnahme des Berliner Magistrats — überzeugt sein. Die Berichte, welche über schon bestehende Heilstätten veröffentlicht sind, wie der von Nahn über die neue Heilstätte zu Ruppertshain im Taunus²⁾ oder die Beiträge von Weicker zur Frage der Volksheilstätten³⁾ dürften dazu wesentlich beitragen. Der letztere berichtet über das im Anschluss an seine Privatanstalt errichtete Krankenhaus für unbemittelte Lungenkranke. Dasselbe hat sich aus kleinsten Anfängen heraus entwickelt; während 1894 nicht über neun Patienten gleichzeitig dort waren, betrug Ende 1895 die Zahl der Patienten 87.

Mehr als mit der Frage „ob überhaupt“, hat man sich jetzt mit dem „Wo“ und „Wie“ beschäftigt. Es ist bisher noch ein Streitpunkt in den verschiedenen Arbeiten, ob man zu der Errichtung ein besonderes, von der Natur begünstigtes Klima bedarf, oder ob man schliesslich auch in anderen Gegenden sich Nutzen versprechen darf. Mit der Pflege der lungenkranken Arbeiter beschäftigte sich Sommerfeld in einem auf der Braunschweiger Naturforschergesellschaft gehaltenen Vortrag. Er

¹⁾ Die Abbildungen zu diesem Artikel verdanken wir der Liebenswürdigkeit der Verlagshandlung von Urban & Schwarzenberg in Wien, sowie den Redactionen des British medical Journal und des Lancet in London. D. Red.

²⁾ Zeitschrift für Krankenpflege 1896, S. 32.

³⁾ Ebendasselbst S. 40.

fordert grosse Sorgfalt in der Auswahl der in eine Heilstätte aufzunehmenden Arbeiter und einen Arbeitsnachweis, welcher den andauernd gefährdeten Personen eine möglichst gesunde Beschäftigung gewährt. Für jedes Krankenhaus soll eine besondere Abtheilung für Lungenkranke eingerichtet werden, am zweckmässigsten in Gestalt von Baracken, welche in ihrer Ausgestaltung den Heimstätten im kleinen gleichen. Der letztere Wunsch wird übrigens bei dem Neubau der Charité voraussichtlich erfüllt werden.

Neben den Lungenkranken sind es die Geisteskranken, die in Beziehung auf ihre Pflege in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit der Aerzte am meisten auf sich gelenkt haben. Verschiedene Vorkommnisse der Neuzeit haben die Ueberzeugung wachgerufen, dass Aenderungen auf diesem Gebiete notwendig sind. Von den Arbeiten, welche sich mit der Reform der Irrenpflege beschäftigen, seien die von Erlenmeyer, Scholz und O. Binswanger hier angeführt. Erwähnt sei an dieser Stelle, dass man in Herzberge, wie Falkenberg¹⁾ berichtet, gute Erfolge mit der Familienpflege Geisteskranker gemacht hat; abgesehen von den Alkoholikern, welche leicht einen Rückfall bekamen.

Eine besondere Schwierigkeit verursacht den Irrenärzten die Beschaffung eines guten Pflegepersonals, und findet sich die Besprechung der Wärterfrage auf allen irrenärztlichen Versammlungen wieder. In Heidelberg wurden 1896 folgende Thesen Grashey's angenommen:

1. Es ist anzustreben, dass das Pflegepersonal ein Berufspflegepersonal werde.

2. Jede Anstalt soll ihr Pflegepersonal möglichst selbst heranbilden. Director und Aerzte sollen es in der Krankenpflege unterrichten.

3. Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die Zukunft des Pflegepersonals möglichst sichergestellt wird. (Entsprechend hohes Gehalt, Geldprämien nach längerer Dienstzeit, Pension, Wittwen- und Waisenversorgung.)

4. Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die notwendige Erholung und Schonung des Personals gewährleistet wird. (Genügende Anzahl im Verhältniss zum Krankenstande, regelmässige dienstfreie Zeiten, besondere Erholungsräume, bestimmter Urlaubsanspruch mit Fortbezug des Gehaltes.)

Max Edel (Charlottenburg) verlangt in einem im Juni 1896 im psychiatrischen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrage über Versorgung verletzten und invalide gewordenen Irrenwartpersonals, die Ausdehnung des Unfallversicherungsgesetzes auf dasselbe und von vornherein einen rechtsverbindlichen Anspruch auf eine Versorgung nach bestimmter, nicht zu lange bemessener Dienstzeit, sowie Zusicherung der Anwartschaft auf anderweitige Beschäftigungen. Eine Pension kommt erst bei Erwerbsunfähigkeit für andere Stellen in Betracht. Vor der definitiven Annahme eines Wärters ist auch auf das Fehlen hereditärer Belastung oder anderer Momente zu achten, welche geeignet erscheinen, die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems herabzusetzen.

Die Frage der Säuglingsspitäler wurde von Heubner²⁾ in einem später als Broschüre erschienenen Vortrage angeregt. Für die Organisation von Säuglingsasylen oder Säuglingskrankenhäusern hält er folgende Gesichtspunkte für maassgebend.

1. Zunächst müssen mehrere Säle vorhanden sein, in welchen die Säuglinge mit ihren Müttern aufgenommen werden können.

2. Die Abtheilung für Kinder, welche ohne Mütter aufgenommen werden müssen, muss aus einer grossen Zahl kleiner Säle bestehen mit höchstens vier Säuglingen auf einen Raum.

3. Das Pflegepersonal muss in der Abtheilung für künstliche Ernährung ein viel zahlreicheres sein, als in anderen Krankenhäusern. Das Maximum der Anforderung wäre für acht Säuglinge drei Tageswärterinnen (zwei für die Fütterung, eine für die Pflege der „unteren Hälfte“ der Säuglinge) und zwei Nachtwärterinnen.

4. Auch unter diesen Umständen dürfte das Säuglingshospital immer nur ein Durchgangsaufenthalt für die Säuglinge sein: nur Heil-, keine Pflegeanstalt.

Heubner verkennt dabei die hohen Kosten dieser Anforderungen nicht. Bevor ich das Capitel des Krankenhauswesens verlasse, möchte ich noch eines Vorschlags Erwähnung thun, welchen Flood³⁾ in Bezug auf die Behandlung von Epileptikern macht. Er wünscht in Hospitälern für epileptische Patienten etwa fünf bis zehn nebeneinanderliegende Schlafräume, welche nur so gross sind, dass gerade ein Bett darin Platz hat. Die Räume, für deren genügende Ventilation Sorge getragen werden muss, sollen Wände aus so festem Material haben, dass kein Geräusch und keine schlechte Luft aus einer Zelle in die andere dringt. Ist ein Bett beschmutzt, so wird es aus dem Schlafraum herausgerollt und die schmutzige Wäsche so schnell wie möglich in den dazu bestimmten Kasten gethan, damit der Geruch nicht in die Nachbarzellen hineingelangt.

Eine zweckmässige Reorganisation des Krankentransportes hält Rubner⁴⁾ nicht nur im Interesse der Gesunden, der Ansteckung aus-

gesetzt, sondern auch der zu befördernden Kranken selbst für notwendig. Ein guter Transport muss folgendes leisten: Er muss schnell zu erlangen sein und darf nicht von der Zahlungsfähigkeit abhängig gemacht werden. Die Wagen müssen an geeigneten Stellen der Stadt, ähnlich wie die Feuerwehr, zu rascher Anspannung bereit stehen, müssen möglichst unauffällig sein, bequeme Lagerung des Patienten gestatten, gut zu heizen, bzw. zu lüften sein. Die Construction der Wagen vermeidet durch Federaufhängung und Gummiräder alle stärkeren Stösse. Die Wagen für ansteckende Kranke müssen so gebaut sein, dass dieselben leicht desinficirbar sind.

George Meyer¹⁾, welcher sich mit derselben Frage beschäftigt, stellt folgende Thesen auf: 1. Das Krankentransportwesen einer Grossstadt ist behördlicherseits einzurichten und zu verwalten.

2. Die Krankentransportwagen sind am besten in den grösseren Krankenhäusern und Feuerwachen unterzubringen.

3. Die Bestellung der Krankentransportwagen erfolgt direkt von den Unterkunftsplätzen, durch Vermittlung der Rettungswachen oder der Polizeiwachen.

Fig. 96.

Fig. 97.

Fig. 98.

4. Bei der Bestellung der Krankentransportwagen sind den Bestellern sogleich Nachrichten über die in dem gewünschten Krankenhause verfügbaren Plätze zu geben.

5. Die Beförderung von ansteckenden und solchen innerlich Erkrankten, welche nicht gehen können, in dem öffentlichen Verkehr dienenden Fuhrwerken ist zu verbieten.

6. Die Krankentransportwagen werden nach jeder Benutzung, im Krankenhause, zu welchem sie fahren oder gehören, gereinigt, bzw. desinficirt.

7. Die den Krankentransport ausführenden Träger haben nach jedem Transport ihre Kleider zu reinigen, bzw. zu desinficiren.

¹⁾ Eulenburg's Realencyklopädie. III. Aufl., Artikel „Krankentransport“.

¹⁾ Psychiatrischer Verein zu Berlin 26. Juni 1897.

²⁾ Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft 1897, II, S. 149.

³⁾ Journal of the American medical Association 1897, 23. October.

⁴⁾ Zeitschrift für Krankenpflege 1896, S. 13.

8. Die Ausführung eines Krankentransports darf niemals von der Bezahlung abhängig gemacht werden.

In ähnlichem Sinne äussert sich v. Esmarch in seiner Arbeit über den Krankentransport in Königsberg.

Ebenfalls von George Meyer¹⁾ ist eine neue Vorrichtung für den Krankentransport, ein elastisches Untergestell zur Anbringung in Krankentransport- und beliebigen anderen Wagen, durch welches alle Erschütterungen des darauf befindlichen Kranken vermieden werden. Bewegliche hohle Gummikugeln und Metallfedern bewirken die Elasticität.

Demselben Zwecke dient die Salvator Ambulance²⁾, welche aus einem eisernen Untergestell und automatischen Stützen besteht, die im Ruhestand die Horizontalstellung sichern. Durch teleskopische Handgriffe und articulirte Querspangen kann die Länge und Breite verringert und so der Durchgang auch durch schmale Thüren ermöglicht werden. Daneben ist die Bahre ausgestattet mit einem Behälter für Schienen und Verbandmaterial, mit einer wasserdichten Decke und mit einem Kopfschirm.

Fig. 99.

Fig. 100.

Um den Transport Verwundeter ohne Erschütterung zu ermöglichen, hat Kay³⁾ einen balancirenden, einschienigen Ambulanzwagen aus galvanisirten Stahlröhren construirt mit leicht transportabler Schienenbahn und Drehscheibe. Der Wagen läuft mittels zweier vertikaler Räder in einer gerinnten Schiene und ist imstande, sechs Verwundete, drei auf jeder Seite, zu tragen; die Mulde oben ist zur Aufnahme der Gewehre und Ausrüstungsgegenstände bestimmt.

Mehrere Vorrichtungen zum Tragen von Verwundeten im Kriege sind von Majewski⁴⁾ angegeben. Zunächst die „Rückentrage“, so benannt, weil bei ihr der Rücken des Blessirten einen integrierenden Theil der Trage bildet. Dieselbe eignet sich wegen ihrer Compensität und ihres geringen Gewichtes ganz besonders für berittene Blessirten, welche sie zusammengelegt nach Art eines Carabiners tragen können (vergl. Fig. 96, 97, 98). Die Tragschürze ist neben ihrer Billigkeit durch

ein so geringes Gewicht und so kleines Volumen ausgezeichnet, dass sie im Tornister des Blessirten fortgebracht werden kann (Fig. 99). Sie besteht aus einer dreitheiligen, aus doppelter, fester Leinwand gefertigten Schürze. Der mittlere Theil dient zur Unterstützung der Gesässgegend des Verwundeten und ist daher bestimmt, sein Hauptgewicht zu tragen, die seitlichen zwei Theile dienen zur Suspension der Oberschenkel des Ver-

Fig. 101.

wundeten. Die Tragmatte, welche ähnliche Vortheile bietet, ist für zwei oder mehrere Träger eingerichtet (vergl. Fig. 99, 100, 101).

(Fortsetzung folgt.)

¹⁾ Zeitschrift für Krankenpflege 1896, No. 5.

²⁾ British med. Journ., 11. Januar 1896.

³⁾ Ebendasselbst 14. März 1896.

⁴⁾ Wiener medicinische Presse 1897, S. 8, 269, 836.