Oeffentliches Sanitätswesen.

Erfüllt die Berliner Kommune die notwendigen Forderungen auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheits- und Krankenwesens?

Von Adolf Gottstein in Berlin.

Die Verhandlungen der Berliner Stadtverordnetenversammlung vom 16. Februar 1905 betrafen einen Gegenstand, der dort in den letzten Jahren recht oft Anlaß zu heftigem Meinungsanstand gegeben hatte, nämlich Beschwerden über die räumliche Unzulänglichkeit der Berliner städtischen Krankenhäuser. Die Klagen bezogen sich zunächst auf die Abweisung von Patienten in der Winterzeit. Daneben aber kamen bald weiter die Organisation des Berliner städtischen Krankenhauswesens überhaupt und die hygienischen Aufgaben der gesamten städtischen Verwaltung zur Sprache. Derartige Verhandlungen waren in den letzten Jahren keine Seltenheit in der Berliner Stadtverordnetenversammlung. Auch in anderen großen Gemeinwesen kommt es ja zuweilen zu lebhaften Erörterungen über die Organisation des städtischen Krankenhauswesens, insbesondere ist dies z. B. in Frankfurt a. M. der Fall. Nirgends aber wurde gerade die Klage über Raum-mangel, die in Berlin in den letzten Jahren ständig geworden ist, wiederholt Gegenstand der Verhandlungen eines großen Gemeinwesens. Die jüngsten Besprechungen in Berlin verliefen in den nachgerade typisch gewordenen Formen. Die Antragsteller führten eine größere Zahl von Fällen an, in denen Kranke lediglich wegen Platzmangels zurückgewiesen wurden oder erst nach mehrtägigem, mühevollen Umherirren Aufnahme fanden, und sie belegten ihre Klagen mit mehr oder weniger drastischen Einzelheiten.

Auf die Einzelheiten der sich anschließenden Debatte soll hier um so weniger eingegangen werden, als auf sie ja in dieser Wochenschrift wiederholt hingewiesen wurde. Das zuständige Magistratsmitglied gab zu, daß zur Winterzeit gegenwärtig sich wiederholt Platzmangel herausstellte, dem erst die Eröffnung des der Vollendung nahen Virchowkrankenhauses abhelfen würde; bis dahin mußte die Stadt eine gewisse Rücksichtnahme beanspruchen. Von anderer Seite wurde versucht, die Abweisungen nicht als die Folge eines Mangels an Betten, sondern einer planmäßigen Auslese darzustellen, bei der leichtere Fälle in Zeiten des Andrangs abgelehnt würden, gerade um nicht wirklich Bedürftige abweisen zu müssen. Ohne in eine Kritik der in der Versammlung geltend gemachten Gründe einzugehen, kann man doch an der Tatsache selbst nicht vorbeigehen, daß innerhalb weniger Wochen mehrere Hunderte von Patienten, deren Aerzte die Krankenhausbehandlung für erforderlich hielten, unter der Begründung des Platzmangels abgewiesen worden sind und daß, wie seitens der Verwaltung sogar weiter zugegeben worden ist, diese Erscheinung sich in den letzten Jahren allwinterlich wiederholt hat.

Wenn eine solche Tatsache vorliegt, die mit Recht von einem Redner als „erschütternd“ bezeichnet wurde, so handelt es sich einfach darum, leidenschaftslos und sachlich zu prüfen, ob die verantwortlichen Vertreter des Berliner städtischen Krankenhauswesens sie voranssehen und abwenden konnten oder nicht, und wenn das erstere der Fall, ob die Organisation noch auf der Höhe der Zeit steht oder rückständig geworden ist.

Wenn man aus den offiziellen und offiziösen Veröffentlichungen der Stadtverwaltung über Reformen der Krankenhäufürsorge in den letzten Monaten allein einen Schluß ziehen wollte, so bekommt man zunächst den Eindruck, daß wohl kaum eine Verwaltung auf diesem Gebiete reger, vielseitiger und ideenreicher ist als die der Stadt Berlin. Wir wissen, daß das Virchowkrankenhaus mit nahezu 2000 Betten seiner Fertigstellung entgegengeht und daß dessen Eröffnung nur durch unerwartete Zufälligkeiten verzögert wurde. Wir lasen nur in den letzten Wochen, daß die Stadt das Erziehungshaus am Urban zu Krankenhauszwecken angekauft hat; daß in Rummelsburg eine große Station für Geschlechtskranke beschlossen ist; daß neue große Siechenhäuser in Buch im Bau sind; daß man die Verlegung der unheilbaren Tuberculösen in besondere Stationen plant; daß das Kaiser-Friedrich-Kinderkrankenhaus erheblich vergrößert wird und neue große Kinderkrankenhäuser und kleinere Behandlungsstationen im Entstehen sind; daß für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eine größere Summe im Etat ausgeworfen ist, daß die Zentrale der Rettungsgesellschaft und ebenso das Transportwesen von der Stadt ansiebig unterstützt werden soll. Selbst wenn diese Aufzählung nicht vollständig sein sollte, beweist sie anscheinend eine so rege Tätigkeit, daß die verantwortlichen Leiter ruhig den Angriffen im Stadtparlament die Stirn bieten könnten. Man darf sich aber bei dieser Aufzählung von Zukunftsplänen nicht beruhigen, sondern ist verpflichtet, historisch den Gang der Entwicklung des Berliner Krankenhauswesens zu prüfen, um zu einer Klarheit darüber zu kommen, ob die Vorwürfe, die ja auch von fachmännischer Seite erhoben wurden, berechtigt sind.

Das Hauptverdienst um die Gründung und den Ansbau des Berliner städtischen Krankenhauswesens hat Rudolf Virchow. Die Stadt Berlin hatte das unschätzbare Glück, in ihm einen freiwilligen Berater Jahrzehnte hindurch zu besitzen, der in der ersten Periode seines Schaffens sich eifrig den praktischen Aufgaben der Gemeinde widmete und dessen positive Leistungen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege für alle Zukunft seinen unsterblichen pathologischen Entdeckungen sich gleichwertig an die Seite stellen können. Virchow arbeitete besonders seit dem Jahre 1860 mit größtem Eifer historisch und zugleich aufbauend an der Frage der Reorganisation des Krankenhauswesens. Beeinflusst wurde er hierbei durch die Revolution auf diesem Gebiete, die zuerst die Lehren des Krimkrieges und des amerikanischen Krieges herbeigeführt wurde, später auch durch eigene Erfahrungen im deutsch-französischen Kriege, ferner durch die von Lister angebahnten Reformen der Wundbehandlung. In der Tat begann zu jener Zeit der 60er Jahre eine Umwälzung in den Anschauungen über den Krankenhausbau, die geradezu eine vollständige Systemänderung herbeiführte. Wenn man die zahlreichen Veröffentlichungen Virchows in seinen „Beiträgen zur öffentlichen Gesundheitspflege, Band II“ liest, die noch heute modern anmuten, so findet man als leitenden Gedanken die Furcht vor den Folgen der fehlerhaften Anlage, die in den großen Krankenhausbauten der Großstädte bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts gebräuchlich war und die oft tödlicher wirkte als die Krankheiten selbst, wegen deren die Patienten den Anstalten überwiesen wurden. Immer von neuem kehrt in den Virchowschen Ausführungen die Befürchtung wieder, daß hygienische Mißstände im Krankenhause selbst den Insassen verhängnisvoll werden könnten, daß gerade das Hospital erst für den Ueberwiesenen zu einer Lebensgefahr werden könnte.

Daß dem bis dahin in der Tat so war, lehren uns ja Dokumente früherer Zeiten. Der alte Süßmilch führte 1761 unter den Ursachen der größeren Sterblichkeit in den Städten direkt die vielen Hospitäler, Kranken- und Waisenhäuser an, worin Kranke, unheilbar Kranke, „von der Venus Uebel Belohnte und Zerfressene“ befindlich seien. Diese unzweckmäßig angelegten und überfüllten Krankenhäuser wurden bis weit in die Mitte des neunzehnten Jahrhunderts als Brutstätten des Todes gefürchtet. Führt doch Quetelet an, daß in Dublin in 50 Jahren von 10 272 kranken Kindern, die ins Kinderkrankenhaus geschickt wurden, nur 45 dem Leben erhalten wurden. Auch Haeser bringt in dem dritten Band seiner Geschichte der Medizin zahlreiche traurige Belege aus den Freiheitskriegen über die Lebensgefahr, die die Lazarette als solche bedeuteten. War man bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts dieser unabwendbaren Gefahr gegenüber resigniert, so wirkten die englischen Erfahrungen aus dem Krimkriege auf alle Beteiligten deshalb so nachhaltig, weil sie nicht nur zeigten, daß es besser werden kann, sondern auch die einfachen Prinzipien feststellten, an deren

Durchführung der Erfolg sich knüpfte. Die lehrreichen Zahlen mögen, so bekannt sie sind, ihrer Beweiskraft wegen hier angeführt werden: Im ersten Winter des Krieges starben an den Kriegsseuchen von den Engländern 10 283 Mann, von den etwa viermal so zahlreichen Franzosen 10 934. Im zweiten Winter dagegen, als die englischen Lazarettreformen durchgeführt wurden, starben bei sonst gleichen Bedingungen der Lebensweise und des Klimas von den Franzosen 21 182 Mann, von den Engländern nur 531. Die 15 Millionen Francs Kostenaufwand hatten sich glänzend bezahlt gemacht. Die Erfahrungen der Engländer im Krimkriege lehrten also ebenso wie später die der Amerikaner ganz eindeutig, daß für diese Erfolge nur die allgemeine Hygiene. Zufuhr von Luft und Licht und bessere Pflege entscheidend waren. An diese Eindrücke knüpften die Ideen Virchows an. Nachdem schon vorher in Paris und England statt des Kasernenbaues das Pavillon- und Barackensystem, dessen Ursprünge bis in das 18. Jahrhundert (Thénon 1788) zurückgehen, akzeptiert worden war, baute man in Berlin als erste städtische Krankenhäuser 1869 das Krankenhaus am Friedrichshain, 1871 das Barackenlazarett in Moabit. letzteres ursprünglich nur als Anstalt für Infektionskrankheiten gedacht, um allmählich zu einem allgemeinen Krankenhaus ausgestaltet zu werden. Es ist bewundernswert, wie Virchow bis in die kleinsten Einzelheiten der Ausführung sich vertiefte. Er wurde zugleich Berater für andere, dem Beispiel Berlins folgende Gemeinden, wie z. B. 1864 für Leipzig, das, nachdem Virchow an der Auswahl des Platzes mitgewirkt hatte, 1871 unter der energischen und planmäßigen Förderung von Thiersch und Wunderlich das im Barackensystem erbaute Jacobshospital erhielt. Es ist bekannt, daß bald neben anderen Großstädten namentlich Hamburg folgte, um dessen Hospitalwesen sich vor allem Curschmann verdient machte; daß auch der Staat bei dem Bau seiner neuen Anstalten von gleichen Gesichtspunkten ausging, und daß so das Krankenhauswesen zu einer hohen Blüte in den deutschen Städten gelangte. Unterstützt wurde dieser Fortschritt durch die Reform der Wundbehandlung. Waren früher die Operierten, wie allbekannt, die Opfer der Krankenhausseuchen, Pyämie, Septicämie, Hospitalbrand und Wundrose, so bannten die neue Bauart und die neuen Wundbehandlungsmethoden gleichmäßig einwirkend jene Plagen. Die Reformen der Wundbehandlung machten aber auch zugleich neue Operationsverfahren möglich, welche infolge ihres großen Apparates nur in den Krankenhäusern großen Stils durchführbar waren. Und so erweiterten sich sehr bald und einschneidend die Aufgaben der Krankenhausversorgung durch die Monopolisierung der großen Chirurgie. Bald darauf trugen die Fortschritte in der Erkennung der Infektionskrankheiten dazu bei, die Anforderungen an Krankenhausversorgung noch weiter auszudehnen; denn nur hier konnte die Isolierung, die Desinfektion, die in den Wohnungen der weniger Bemittelten und Armen undurchführbar war, zweckentsprechend ausgestaltet werden. Komplizierte Untersuchungsverfahren, apparatenreiche Nachbehandlungsmethoden verwiesen einen weiteren Bruchteil der Bevölkerung auf die großen Anstalten, so daß heute das Hospital nicht mehr die Zuflucht der Notleidenden, der zu Hause schlecht Versorgten, nicht mehr das Sterbelager der Elenden, sondern die Heilstätte eines großen Bruchteils der Bevölkerung geworden ist. Dazu kommt ein weiteres soziales Moment, das in der Entwicklung der Städte gelegen ist. Betrug vor 50 Jahren die städtische Bevölkerung etwa 30 %, so macht sie heute mehr als die Hälfte der Einwohner Deutschlands aus. In den 35 Jahren, welche seit der Durchführung der neuen Ideen im Krankenhausbau durch Virchow verfloßen sind, hat also ziemlich schnell eine radikale Umwandlung in den Anforderungen an die Leistungen des Krankenhauses stattgefunden, eine Umwandlung, welche vielleicht noch größer ist als diejenige, die Virchow zu seinen Reformen veranlaßte. So umwälzend vor etwa 40 Jahren die Neuerrichtung der modernen großen Krankenhäuser durch die Beseitigung der jahrhundertalten Mißstände war, so häuften also die folgenden wenigen Jahrzehnte mit der Schnelligkeit, die dem naturwissenschaftlichen Zeitalter eigen ist, eine Fülle ungeahnter Aufgaben auf diese schönen Neuschaffungen. Es entsteht dadurch die Frage, ob der kurze Zeitraum von 40 Jahren mit seinem reichen Inhalt nicht schon wieder dazu zwingt, die heutige Form des Krankenhauses als quantitativ und qualitativ unzulänglich und darum als reformbedürftig anzusehen. A priori drängt sich der Gedanke auf, ob die letzte Krankenhausschöpfung im Geiste Virchows, die in dankbarer Anerkennung seinen Namen führt, nicht zugleich auch die letzte Gründung sein wird, welche den von ihm bevorzugten Typus aufweist. Es ist daher erforderlich, an der Hand des vorliegenden Materials der Gegenwart zu prüfen, ob überhaupt heute noch das Berliner Krankenhauswesen, soweit es bei den Ideen Virchows stehen geblieben ist, ausreicht, um den modernen Ansprüchen zu genügen. Man muß aber hier noch weitere Forderungen zugrunde legen. Eine Weltstadt wie

Berlin, die stolz auf ihr Recht der Selbstverwaltung ist, hat nicht bloß die Pflicht, sich gerade nur an die Grenzen der gesetzlichen Anforderungen zu halten, sondern sie hat außerdem noch die höhere Aufgabe, darüber hinaus bahnbrechend und vorbildlich für andere Gemeinwesen in einer großzügigen Politik voranzugehen, um des Geistes der Vergangenheit würdig zu bleiben. Bei der Prüfung und Vergleichung mit anderen Gemeinwesen dürfen wir also nicht damit zufrieden sein, wenn es sich etwa herausstellen sollte, daß Berlin eben gerade dasselbe leistete wie andere Großstädte Deutschlands auch.

Es bedarf daher zunächst der Feststellung der Mindestleistung, welche eine Großstadt zu erfüllen hat, um den Anforderungen, die an sie auf dem Gebiete des Krankenhauswesens herantreten, zu genügen. Jessen¹⁾ meint, unter Berufung auf die einschlägige Literatur, daß in einer Großstadt für das Tausend der Einwohner mindestens fünf Krankenhausbetten zur Verfügung stehen müßten. Er betont aber selbst, daß viele Städte, wie z. B. Hamburg mit acht Betten einschließlich der Privatanstalten, weit über dieses von Ruppelt geforderte Mindestmaß hinausgingen und trotzdem nur eben gerade auskämen. In dem „Sanitätswesen des preußischen Staates, bearbeitet von der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, Berlin 1903“ findet sich die Angabe auf Seite 513, daß die in gesundheitlichem Interesse als zulässig angenommene Belegungsdauer eines Bettes 241 Tage beträgt. Wie die Zahlen bei Jessen und die Zahlen des Kultusministeriums zustande gekommen sind, wird in beiden Fällen nicht angegeben. Dagegen kann man reichliches Material über das Krankenhauswesen deutscher Städte und besonders von Berlin aus dem Statistischen Jahrbuch deutscher Städte, Band 11 und 12,²⁾ und dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin, Jahrgang 28, schöpfen. Aus diesen Quellen, sowie aus den statistischen Jahresberichten einzelner Großstädte sind die folgenden Tabellen von mir berechnet worden, soweit nicht ausdrücklich angegeben, daß sie den Quellen direkt entnommen sind.

Die Frage des zureichenden Raumes der Krankenhäuser kann zunächst aus der Belegungsdauer der gesamten Bettenzahl während eines Jahres geschlossen werden, wofür, wie oben angeführt, die wissenschaftliche Abteilung des preußischen Kultusministeriums 241 Tage = 66 % angibt. Landsberg teilt die Zahl der Verpflegungstage durch 365, um die durchschnittliche tägliche Belegung der Heilanstalten zu gewinnen, und setzt diese Zahl in Vergleich zur Zahl der vorhandenen Betten. Der erhaltene Prozentsatz bedeutet die mittlere Ausnutzungsziffer. Für diese gibt er die folgende Tabelle an:

Tabelle I.

Mittlere Ausnutzung der Betten.
Entnommen von Landsberg.

Aachen	81,8	Karlsruhe	80,7
Altona	73,6	Kiel	62,9
Augsburg	41,1	Königsberg	62,9
Barmen	76,8	Leipzig	61,0
Berlin	89,0	Liegnitz	51,3
Braunschweig	72,7	Lübeck	68,5
Bremen	72,2	Magdeburg	73,0
Breslau	85,1	Mainz	71,7
Charlottenburg	86,5	Mannheim	61,1
Chemnitz	75,2	Metz	32,4
Cöln	71,7	Mühlhausen i. E.	48,9
Crefeld	65,9	München	72,4
Danzig	72,1	Münster	59,5
Darmstadt	64,3	Nürnberg	53,4
Dortmund	81,3	Plauen	66,6
Dresden	64,9	Posen	69,3
Düsseldorf	77,4	Potsdam	61,6
Elberfeld	58,0	Spandau	77,2
Erfurt	58,8	Stettin	79,9
Frankfurt a. M.	59,4	Strasbourg	58,6
Frankfurt a. O.	87,3	Stuttgart	64,2
Görlitz	77,8	Wiesbaden	69,1
Hamburg	81,6	Zwickau	62,6
Hannover	72,0		

Für Berlin ist die folgende Tabelle II dem Jahrbuch wörtlich entnommen, aber auf Quinquennien gekürzt.

Tabelle II.

Durchschnittliche Belegungsdauer der Betten in Berlin. (Tage im Jahr.)
(Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin Bd. 28, S. 316/317.)

Anstalten:	1883	1888	1893	1898	1902
Städtische	221,50	283,57	298,03	311,75	322,53
Staatliche	327,99	314,68	344,27	326,52	296,26
Andere öffentliche	292,70	313,99	309,76	303,42	296,52
Zusammen	283,04	304,90	316,25	313,17	309,76

Beide Tabellen unterscheiden sich nur dadurch voneinander, daß die absoluten Zahlen der ersteren noch durch 365 dividiert sind.

Aus Tabelle I geht hervor, daß sehr viele deutsche Städte die 66 % Belegungsdauer bedeutend überschreiten, daß aber Berlin in

1) Handbuch der sozialen Medizin, Bd. 4, S. 19. Jena 1904. — 2) Landsberg, Heilanstalten im Jahre 1901, Bd. 12.

bezug auf Ueberfüllung bei weitem an vorderster Stelle steht. Tabelle II lehrt zudem, daß die städtischen Krankenhäuser Berlins von Jahr zu Jahr mehr eine übermäßige Belegung aufwiesen, die im letzten Berichtsjahre 322½ Tage betrug. Das einzelne Bett ist im Durchschnitt im ganzen nur einige 40 Tage frei. Nun ist diese Durchschnittsrechnung noch nicht entscheidend. Es gibt im Jahre Monate mit günstigem Gesundheitszustand, in denen die Krankenhäuser bedeutend weniger in Anspruch genommen werden als z. B. im Winter, in dem die Belegung erheblich ansteigt. Will man ein richtiges Urteil über die Belegung haben, so muß man daher die Verteilung der gesamten Krankenzahl auf die einzelnen Monate untersuchen. Ich habe für zwei Großstädte, München und Berlin, nach den „Münchener Jahresübersichten“ und nach den Berliner monatlichen „Veröffentlichungen“ den Durchschnitt mehrerer Jahre, die frei von Epidemien, insbesondere von Influenza waren, berechnet, mit dem Ergebnis, daß in Berlin auf den Monat der schwächsten Belegung statt des Durchschnitts von 8,3% nur 7,6% aller Aufnahmen, auf den der stärksten Belegung etwa 9% des Jahreszugangs kommen. In München dagegen sind die Schwankungen erheblicher; in den Sommermonaten beträgt der Zugang 7%, in den Wintermonaten dagegen je 10% statt der durchschnittlichen 8,3%.

Man kann daraus schließen, daß als Maximum in der ungesunden Jahreszeit 10% der jährlichen Krankenzahl auf den einzelnen Monat an Krankenhauszugang zu rechnen sind.

Für weitere Schlüsse ist es noch nötig, zu untersuchen, wie oft ein Bett im Laufe eines Jahres frei wird. Man erhält diesen Wert, wenn man die Zahl der jährlichen Verpflegungstage durch die Zahl des jährlichen Zuganges dividiert. Der Quotient bedeutet die Dauer der durchschnittlichen Belegung eines Bettes in Tagen. An großen Zahlen gemessen, scheint dieser Wert ziemlich konstant zu sein. Alle Autoren, die sich mit dieser Frage beschäftigt haben, geben an, daß die Durchschnittsdauer des Krankenhausaufenthaltes etwa 30 Tage beträgt. Georg v. Mayr, der in seiner „Statistik und Gesellschaftslehre“ denselben Wert (28–32 Tage) angibt,¹⁾ sucht sogar eine gesetzmäßige Beziehung zwischen der Dauer des Aufenthalts und der Sterblichkeit zu konstruieren, welche direkt proportional sei. Natürlich entscheidet die Art des Leidens (chirurgische oder innere Erkrankungen, Siechtum etc.), sowie der Charakter der Heilanstalt (Spezial-Krankenhäuser für Augen-, Hautkrankheiten etc.) über die Dauer der Belegung des einzelnen Bettes. Immerhin trifft für allgemeine Krankenhäuser der Durchschnittswert von 30 Tagen zu, wie sich aus der Landsbergischen Abhandlung ergibt.

Die Werte für sämtliche 55 Städte abzudrucken, die ich berechnet habe, ist überflüssig; beispielsweise erhält man für die städtischen Krankenhäuser in Berlin 27,4 Tage, Breslau 36,1, Danzig 29,5, Dresden 24,4, Frankfurt a. M. 30, Hamburg 36, Hannover 26, Leipzig 32, München 23,5, Stettin 32 etc.

Man kann daraus schließen, daß jedes Krankenhausbett durchschnittlich im Jahre zwölfmal, in jedem Monat einmal frei wird. Nun ist vorher gezeigt worden, daß in den ungünstigen Monaten bis zu 10% aller Jahresaufnahmen auf einen Monat fallen. Für diese 10% müssen also allmonatlich sämtliche Betten frei werden. Es ergibt sich aus dieser Betrachtung eine gesetzmäßige Beziehung für die Bestimmung des Mindestwertes der Bettenzahl eines großen Gemeinwesens. Die Bettenzahl einer Gemeinde muß mindestens den zehnten Teil der jährlichen Aufnahmezahl betragen. Dieser Wert von 10% bedeutet das Minimum, bei dem gerade noch das Bedürfnis unter normalen Verhältnissen, bei Fehlen von Epidemien gedeckt ist. In diesem Falle können die günstigeren Monate für Renovationen und Reparaturen ausgenutzt werden. Soll für abnorme Verhältnisse, wie Epidemien, plötzlichen Bevölkerungszuwachs gesorgt werden, so reicht der Wert von 10% noch nicht einmal aus. Ein Sinken unter diesen Wert wird aber notwendig schon bei einer ganz geringen Steigerung des Andranges zu solchen Mißständen führen müssen, wie sie in den letzten Jahren in Berlin wiederholt beklagt worden sind.

In Tabelle III sind nun auf Grund der Landsbergischen Arbeit von mir die beiden Werte berechnet worden, die in Frage kommen. Die Tabelle bringt die Zahlen der Krankenhausaufnahmen in den einzelnen Städten, bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Verhältnis von 1 : 10 000, und außerdem die Zahl der Betten auf 10 000 Einwohner, wobei nach der Bezeichnung von Landsberg a) staatliche Anstalten, b) städtische, c) Stiftungen und d) Privatkrankehäuser bedeuten.²⁾

¹⁾ S. 433.

²⁾ Natürlich sind die aufgenommenen Kranken nicht sämtlich Bewohner der Städte, sondern zu einem Bruchteil, der in einzelnen Gegenden aus sozialen Gründen recht beträchtlich ist, Auswärtige. Aber diese sind eben auf die betreffenden zentralen Krankenanstalten angewiesen, und die Gemeinden haben mit diesem Zugang von Auswärtigen zu rechnen.

Tabelle III.

	Bettzahl				Summa	Auf-
	a	b	c	d	a-c	nahmen
Aachen		29,3	23,4	3,0	52,7	398
Altona		30,1	10,3	0,7	40,4	334
Augsburg		58,8	5,9	4,4	64,7	436
Barmen		23,1		4,4	23,1	217
Bochum			147,2		147,2	1464
Braunschweig	46,1	11,0	7,1		64,2	436
Bremen		35,8	22,3	8,4	58,1	401
Breslau	8,2	21,3	29,0	6,0	58,5	591
Cassel	35,4		26,1		61,5	515
Charlottenburg		22,1		2,2	22,1	203
Chemnitz		31,7	8,4	0,6	40,1	284
Cöln		42,4	26,0	0,4	68,4	573
Crefeld		38,0	0,9		38,9	303
Danzig		31,6	22,8	3,0	54,4	512
Darmstadt		37,7	37,2	1,9	74,9	674
Dortmund		24,9	17,8	2,0	42,7	509
Dresden	0,7	41,9	15,2	6,2	57,8	359
Düsseldorfer		4,6	35,0	2,9	39,6	332
Duisburg			73,3		73,3	585
Elberfeld		30,8	24,6		55,4	439
Erlurt		38,4	20,1	5,2	58,5	786
Essen		47,9	18,6		66,5	487
Frankfurt a. M.		28,5	34,4	6,3	62,9	371
Frankfurt a. O.		22,4	18,4	2,7	40,8	889
Freiburg i. B.	71,0		32,3		109,3	238
München-Gladbach		48,1			48,1	122
Görlitz		14,8			14,8	638
Halle a. S.	21,9		34,0	10,2	55,9	489
Hamburg		48,1	13,6	2,5	61,7	499
Hannover		29,4	21,4	2,4	50,8	748
Karlsruhe		28,8	45,5	7,2	74,3	424
Kiel	23,1	20,1			43,2	396
Königsberg	12,4	27,2	4,0	13,0	43,6	366
Leipzig		31,4	8,4	6,2	41,6	253
Liegnitz		27,4	8,2		35,6	268
Lübeck		27,1	8,6	4,2	35,7	432
Magdeburg		44,5	8,3	4,2	52,8	681
Mainz		56,7	13,9	4,7	69,6	455
Mannheim		39,3	6,2	1,8	47,5	764
Metz		19,6	61,5	6,6	79,1	541
Mühlhausen		56,4	6,6	1,7	63,0	481
München	2,4	38,3	5,0	5,7	45,7	749
Münster		45,3	58,6		103,9	310
Nürnberg		36,0	2,9	1,9	38,9	156
Plauen		20,6		1,4	20,6	595
Posen	14,8	25,9	29,1		69,8	583
Potsdam		49,7	40,3		90,0	312
Spandau		38,8			38,8	349
Stettin		24,1	11,6	1,2	35,7	990
Strasbourg	90,1	38,4	7,2		128,5	731
Stuttgart		52,0	45,3	10,8	97,3	614
Wiesbaden		35,3	28,7	30,6	64,0	554
Zwickau	36,1	21,7		9,0	63,2	

Es zeigt sich, daß in diesen Städten an sich recht erheblich verschiedene Verhältnisse vorliegen. Einige zeigen außerordentlich hohe Zahlen für die Krankenhausaufnahmen. Das gilt z. B. für die Bergwerksdistrikte Bochum und Essen, für die Universitätsstädte, Landes- und Provinzialhauptstädte wie Freiburg i. B., Metz, Straßburg, Münster, Stuttgart, welche zugleich große Landbezirke versorgen. Dementsprechend ist auch gerade in diesen Orten die Zahl der Krankenhausbetten eine ungewöhnlich große. Einige Städte, wie Görlitz, Charlottenburg etc., zeigen sehr niedrige Werte. Hier sind aber seit dem Berichtsjahre neue Krankenhäuser eröffnet worden. Im allgemeinen kann man sagen, daß die von Jessen angegebenen Durchschnittsforderungen zutreffen, d. h., daß auf 1000 Einwohner jährlich 40–50 Krankenhausaufnahmen kommen und daß auf 10 000 Einwohner 45–55 Betten und bei einem erhöhten Zugang entsprechend mehr Betten zur Verfügung stehen.

Es ist nun interessant, an der Hand der Veröffentlichungen des Berliner statistischen Jahrbuchs die Entwicklung der Verhältnisse in Berlin von 1883–1902 zu verfolgen. Wie Tabelle IV beweist, ist seit dieser Zeit die Zahl der Betten in der staatlichen Anstalt (Charité) von 13,4 auf 10 000 Einwohner sprunghaft bis auf 7,3 gesunken, ebenso die Zahl der Stiftungsbetten von 11,5 auf 9,8.

Die Zahl der Betten in den städtischen Krankenhäusern betrug 1883 11,7; sie sank allmählich, weil keine neuen Krankenhäuser errichtet wurden, die Bevölkerung aber zunahm, bis 1888 auf 9,8, um dann nach und nach im Jahre 1902 bis auf 17,4 zu steigen. Betrachtet man aber die Summe aller Betten, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Gemeinde Berlin nach altem Verträge in der Charité jährlich 100 000 Verpflegungstage zur Verfügung hat, so ist die Gesamtzahl der öffentlichen Betten von 36,6 auf 34,5 gesunken. Die Tätigkeit der Gemeinde Berlin, deren Bettenzahl sich von 1425 im Jahre 1883 auf 3312 im Jahre 1902 gesteigert hat, bewirkte also lediglich, daß gerade zur Not durch Neuschaffungen der Defekt ausgeglichen wurde, der durch die Abnahme von Betten unter a) und c) und durch das rapide Anwachsen der Bevölkerung in den 20 Jahren eintrat. Tatsächlich ist aber die Gesamtzahl der Betten heute trotzdem relativ niedriger als vor 20 Jahren, und wenn man Tabelle IV mit Tabelle III vergleicht, so ist — und das ist in hohem Grade bemerkenswert — die Zahl der von der Gemeinde allein bereitgestellten Betten in Berlin ganz erheblich geringer als in sehr vielen ärmeren deutschen Städten, und auch in der Gesamtzahl der Betten steht Berlin fast in tiefster Reihe, nämlich als fünftletzte. Seitdem haben Charlottenburg und

Görlitz neue Anstalten bekommen, und es bleiben eigentlich nur Barmen und Plauen an Bettenzahl hinter Berlin zurück!

Tabelle IV.
Berlin auf 10000 Einwohner.

Jahr	a	b	c	Summa	Aufnahme auf 10000 nach Statist. Jahrb.
1883	13,4	11,7	11,5	36,6	366
1884	13,1	11,2	11,2	35,5	360
1885	12,6	11,0	11,3	34,9	366
1886	12,2	10,5	10,7	33,4	358
1887	12,0	10,3	10,3	32,6	350
1888	12,6	9,8	10,1	32,5	351
1889	12,1	10,2	10,4	32,7	391
1890	11,6	13,0 ¹⁾	11,3	36,2	374
1891	11,4	13,1	11,3	35,8	403
1892	11,4	13,3	11,5	36,2	401
1893	10,0	13,3	11,0	35,1	425
1894	10,7	13,2	10,9	34,8	398
1895	10,6	13,3	10,8	34,7	420
1896	10,3	13,3	10,6	34,2	397
1897	9,2	13,4	10,6	33,2	385
1898	9,0	15,9 ²⁾	10,5	35,4	422
1899	8,8	13,7	10,5	35,0	447
1900	8,6	15,6	10,4	34,6	420
1901	8,5	16,2	10,4	35,1	411
1902	7,3	17,4 ³⁾	9,8	34,5	395

Nur zwei Städte sind also schlechter versorgt, alle anderen besser, und zwar meist ganz erheblich besser als die Reichshauptstadt, die den Anspruch erhebt, in bezug auf die Organisation des Krankenhauswesens mustergültig zu sein. Was das Verhältnis von Aufnahme zur Bettenzahl (1:10) betrifft, so bleiben die meisten Städte, und zwar oft erheblich, unterhalb dieses Werts, sind also als gut oder sehr gut versorgt zu bezeichnen. Nur Dortmund, Essen, Halle und München haben außer Berlin ein Verhältnis von mehr als 1:10; Breslau, Karlsruhe, Mainz, Stettin haben gerade 1:10. Es soll hier kein Mißverständnis entstehen. Die innere Einrichtung der Anstalten, die ärztliche Versorgung und Leitung ist hier nicht Gegenstand der Besprechung, sondern lediglich die Frage der behördlichen Fürsorge für den Raum, und dieser ist, wenn man die obigen Tabellen genau studiert, durchaus unzulänglich. Der Vorwurf des einen ärztlichen Stadtverordneten, daß, wenn wirklich einmal plötzlich eine große Epidemie ausbräche, wir vor einer Katastrophe in Berlin ständen, ist also an der Hand des Zahlenmaterials durchaus nicht als unbegründet abzuweisen. Es läßt sich an der Tatsache nicht rütteln, daß schon vor 20 Jahren die Zahl der Betten in Berlin unzureichend gewesen ist und daß die Maßnahmen der letzten zwei Decennien nur gerade zur Not die Erhaltung des Bestandes, nicht aber eine Ausfüllung der vorhandenen Lücke erzielten; die Tatsache, daß Berlin überhaupt zu wenig Krankenbetten besitzt, nicht nur in Zeiten der Not, darf von den verantwortlichen Personen nicht mehr bestritten werden. Es mag an dieser Stelle gleich eingeschaltet werden, daß an der weiteren Organisation, soweit die Behörden für sie verantwortlich sind, manche Beschwerden nicht berechtigt sind; insbesondere sind die vor einigen Jahren erhobenen Klagen über die Unzulänglichkeit des Wärterpersonals nicht begründet, soweit ein Vergleich mit anderen Städten Anhaltspunkte gibt. Was die Zahl der Betten, die auf einen Pfleger kommt, betrifft, so steht Berlin bei weitem in vorderster Reihe als eine der bestversorgten Städte. Dagegen ist ein schon vor Jahren von ärztlicher Seite erhobener Einwand, daß die einzelnen Abteilungen, die einem Oberarzt zugeteilt sind, zu groß bemessen sind, bei einem Vergleich mit den Einrichtungen anderer Städte durchaus zutreffend. Nur einige wenige Städte enthalten so große Oberarztabteilungen wie Berlin, die meisten dagegen viel kleinere. (Schluß folgt.)

1) Eröffnung des Urbankrankenhauses (572 Betten). — 2) Eröffnung des Krankenhauses Gitschiner Straße (152 Betten). Eröffnung der Station für Geschlechtskranke (360 Betten). — 3) Uebernahme des Kaiser-Friedrich-Kinder-Krankenhauses (240 Betten). Außerdem allmähliche Vermehrung der Bettzahl in Friedrichshain, Moabit und Urban.