Oeffentliches Sanitätswesen.

Zur Frage der Einrichtung besonderer Verpflegungsklassen in den Berliner städtischen Krankenhäusern.

Von Dr. E. Oberndörffer in Berlin.

Am 26. November wurde in der Berliner Stadtverordnetenversammlung der Antrag gestellt, den Magistrat zu ersuchen, in den städtischen Krankenhäusern und Irrenanstalten oder im Anschluß an diese Anstalten Einrichtungen zu treffen, durch welche Kranken gegen Zahlung erhöhter, etwa die Selbstkosten deckender Kurkosten Pflege und Behandlung in besonderen Abteilungen gewährt wird. Der Antrag wurde nach eingehender Diskussion einem Ausschuß überwiesen. Wir sind in der Lage, den Lesern als Material zu dieser wichtigen Frage das Ergebnis einer Umfrage vorzulegen, welche die Redaktion bei einer großen Zahl von Krankenhäusern veranstaltet hat. Das Zirkular, das an 130 Krankenhausdirektoren in deutschen Großstädten eingegangen ist, enthält folgende Fragen:

1. Bestehen an dem von Ihnen geleiteten Krankenhause besondere Einrichtungen für zahlungsfähige Patienten? Im Bejahungsfalle: a) Wie lauten die betreffenden Bestimmungen im einzelnen (Kosten, Anspruch auf Einzelzimmer, besondere Verköstigung, Krankenpflege etc.)? b) Werden die dirigierenden Aerzte und Assistenzärzte von diesen Patienten besonders honoriert? c) Wird diese Einrichtung stark in Anspruch genommen? Aus welchen Bevölkerungskreisen vorzugsweise? d) Wie lange besteht diese Einrichtung schon, welche Erfahrungen haben Sie gemacht, und wie lautet Ihr Gesamturteil? 2. Wenn derartige Einrichtungen nicht bestehen: Halten Sie solche für notwendig oder wünschenswert? Oder haben Sie Bedenken dagegen und welche?

Auf dieses Rundschreiben sind dankenswerter Weise 72 Antworten eingelaufen, die sich auf 59 Krankenanstalten beziehen. Mit wenigen Ausnahmen sind sämtliche deutschen Großstädte vertreten. Unter den 59 Krankenhäusern sind 34 städtische, zwei staatliche, je ein Knappschafts- und Landkrankenhaus, 21 konfessionelle bzw. Ordenskrankenhäuser. Von diesen Anstalten besitzen, abgesehen von Berlin, nur fünf keine besonderen Einrichtungen für zahlungsfähige Kranke: das städtische Krankenhaus in Braunschweig, die zwei Krankenhäuser und die Irrenanstalt der Stadt Breslau, das Bürgerspital in Mülhausen. An einem weiteren städtischen Krankenhaus (Kiel) ist die Einrichtung besonderer Verpflegungsklassen noch nicht vollkommen durchgeführt. Alle übrigen Krankenhäuser, über die eine Auskunft erteilt wurde, nehmen zahlungsfähige Kranke 1. und 2. Klasse auf, abgesehen von dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M. und dem städtischen Krankenhaus in Rixdorf, wo nur eine besondere Verpflegungsklasse existiert. Fast überall erhalten die Patienten 1. Klasse ein Zimmer für sich, diejenigen 2. Klasse ein solches zu 2–3 Betten. In den städtischen Krankenhäusern von Hannover, Nürnberg, Schöneberg, Stettin sind eigene Gebäude für die Klassenpatienten eingerichtet. Die Preise der städtischen Anstalten bewegen sich zwischen 6 und 24 M für die 1., zwischen 3,75 und 12 M für die 2. Klasse; der Durchschnitt beträgt 6–8 resp. 4–5 M. Vielfach wird von auswärtigen Kranken ein erhöhter Satz verlangt. Auf die zahlreichen Verschiedenheiten im einzelnen, wie besondere Berechnung bestimmter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen etc. kann hier nicht eingegangen werden.

Die Frequenz der höheren Verpflegungsklassen wird fast durchweg als eine sehr gute bezeichnet; in einzelnen Krankenhäusern sind die Extrazimmer fast ständig besetzt. Nur fünf Anstalten berichten über eine geringe Benutzung dieser Einrichtung. Die Besucher rekrutieren sich aus allen Kreisen, „von der armen Lehrerin bis zu den reichsten Gräfinnen, Bankiers etc.“; in der zweiten Klasse herrscht naturgemäß der kleinere Mittelstand vor.

Eine Verneinung der Bedürfnisfrage findet sich nur in drei unserer Antwortschreiben. Im städtischen Krankenhaus in Braunschweig sind die erwähnten Einrichtungen nicht notwendig, weil nach Mitteilung des Chefarztes andere öffentliche Krankenanstalten existieren, welche zahlungsfähige Kranke aufnehmen, zur genügenden Deckung des Bedarfs. In Breslau sind keine Klassen in den städtischen Krankenhäusern eingerichtet, weil in letzteren überwiegend Ortsarme und Kassenmitglieder behandelt werden. Endlich hat das Bürgerspital in Mülhausen keine Verpflegungsklassen, da eine besondere Einrichtung und Bedienung nötig sein und ein Ertrag in keiner Weise zu erzielen sein würde.

Von diesen drei Ausnahmen abgesehen, wird in sämtlichen Antworten, soweit sie allgemeine Krankenhäuser betreffen, das Bestehen von Klassen als zweckmäßig resp. ihre Schaffung als wünschenswert oder notwendig bezeichnet.

Fügen wir noch hinzu, daß dieses günstige Urteil fast überall auf Grund langjähriger Erfahrung gefällt wird und daß prinzipielle Bedenken überhaupt nicht geäußert werden, so kann man dahin resümieren, daß sich die Einrichtung besonderer Klassen für zahlungsfähige Kranke in vielen öffentlichen und privaten Krankenhäusern gut bewährt hat; die Besprechung der besonderen Verhältnisse in Irrenanstalten und Spezialkrankenhäusern, von denen uns einige gleichfalls interessantes Material geschickt haben, würde zu weit führen. Daß hiermit aber für Berlin noch nichts präjudiziert ist, ergibt sich, wenn man die Motivierung jener günstigen Urteile näher prüft.

So kommt in zahlreichen Schreiben die Ansicht zum Ausdruck, daß die höheren Verpflegungsklassen vor allem für die Privatpatienten des Chefarztes da sind und diesem dadurch, wie einer der Herren sich ausdrückt, die Privatklinik ersetzt werden soll. Als Vorzüge eines solchen Systems werden in unseren Antworten hervorgehoben: der dirigierende Arzt ist von jedem Risiko befreit, er kann seine gesamte Tätigkeit im Krankenhause ausüben, die Patienten genießen die Vorteile der Krankenhauseinrichtung und können eventuell bezüglich der Kosten weit milder herangezogen werden als in einer Privatklinik oder im Sanatorium. „Privatkliniken“, so schreibt ein süddeutscher Krankenhausdirektor, „rentieren in diesen (sc. mittleren) Städten nicht, und eine Abdrängung des krankenhauspfllegebedürftigen Publikums in die konfessionellen Spitäler ist umso weniger wünschenswert, als diese aus der schlecht bezahlten Arbeit der geknechteten, meist nicht einmal dem Namen nach dirigierenden Aerzte Kapital schlagen für den Orden“. Daß ein derartiges System, dessen Zusammenhang mit der Honorarfrage weiter unten besprochen werden wird, für Berliner städtische Krankenhäuser unangebracht wäre, braucht kaum ausgeführt zu werden. Die Sätze müßten, wenn ein unlauterer Wettbewerb mit den in großer Zahl bestehenden Privatanstalten vermieden werden soll, so hoch sein, daß die Patienten ebenso gut auch jene aufsuchen könnten. Die Einrichtung einer ersten Klasse ist denn auch von fast allen Direktoren Berliner städtischer Krankenhäuser, die unser Rundschreiben beantwortet haben, abgelehnt worden. Es handelt sich vielmehr bei der ganzen Frage, wie auch in der Stadtverordneten-Versammlung ausdrücklich betont worden ist, um die Fürsorge für den Mittelstand, eine Frage, deren Dringlichkeit folgende Stelle aus einem unserer Antwortschreiben kennzeichnet: „Ich bin nach meinen Erfahrungen durchaus der Ansicht, daß heute für die mittleren Bevölkerungskreise, die wenig und mäßig Bemittelten, am schlechtesten gesorgt ist. Gut haben es die Armen in den Krankenhäusern und die Reichen in den Sanatorien. Die Preise der letzteren sind zusammen mit den Operationshonoraren aber so hoch, daß sie tatsächlich für nicht direkt sehr Wohlhabende kaum zu erschwingen sind. Infolgedessen hielte ich es an sich für ganz richtig, wenn für die mittleren Bevölkerungskreise etwas geschieht.“

Ein Hamburger Krankenhausdirektor berichtet: „Unsere Erfahrungen gehen dahin, daß für eine gewisse Masse des Mittelstandes, die die heute üblichen Operationshonorare der angesehensten Spezialärzte nicht bezahlen können, ein Bedürfnis für derartige Einrichtungen vorliegt. Auch für gelähmte Patienten (Apoplektiker, Rückenmäcker, schwere Rheumatiker) aus dem Mittelstande ist die Einrichtung ein Segen, da sie unendlich viel besser verpflegt werden als zu Hause. Derartige Patienten werden auch von den Aerzten gern dem Krankenhause überwiesen. — Die Abschaffung der 1. Klasse scheint durchaus wünschenswert, da hier von „Mittelstand“ nicht mehr die Rede sein kann.“

Ganz in demselben Sinne hat sich ein Berliner Krankenhausdirektor ausgesprochen: „Es ist ein unverkennbares Bedürfnis dafür vorhanden, daß womöglich in allen städtischen Krankenanstalten Minderbemittelten aus den gebildeten Ständen die Aufnahme in eine 2. Klasse gegen ein mäßiges Entgelt (pro Tag 5–6 M) zugänglich gemacht wird, wobei entsprechend dem niedrigen Satz die Patienten zu je 2–3 in einem Zimmer unterzubringen sind, Infektionskranke in einem Einzelzimmer. Dagegen empfiehlt sich die Einführung einer 1. Klasse nicht, außer für gewisse Infektionskranke, deren Unterbringung im Krankenhause geboten erscheint. Für Nicht-Infektionskranke bieten die großen Privatkrankenhäuser genügend Unterkunft. Auch ist die Schädigung der praktischen Aerzte in Erwägung zu ziehen, wenn derart bemittelten Leuten die Aufnahme in die großen städtischen Anstalten ohne weiteres ermöglicht würde.“

Warum die minder bemittelten Angehörigen gebildeter Stände gegenwärtig die städtischen Krankenhäuser im allgemeinen nicht aufsuchen, das ist in der Stadtverordnetenversammlung und später

in der Tagespresse ausführlich erörtert worden. Wenn nicht gerade eine momentane Lebensgefahr oder absolut zwingende äußere Verhältnisse vorliegen, können sich solche Kranke nicht entschließen, in ein öffentliches Krankenhaus zu gehen, wo sie mit 20–30 anderen Patienten zusammenliegen. Hier handelt es sich nicht um verworlichen Standesdünkel, sondern, wie F. Blumenthal¹⁾ kürzlich ausgeführt hat, um eine Konsequenz der höheren kulturellen Entwicklung, was keiner mehr leugnet, der den Betrieb in einem Krankensaal kennen gelernt hat. So faßt ein Berliner Krankenhausleiter seine Ansicht in die kurzen Worte zusammen: „Meines Erachtens ist die Einrichtung von Klassen resp. einer besseren Klasse in den städtischen Krankenhäusern aus allgemein sozialen Gründen so wünschenswert, daß gewisse an sich gerechtfertigte Bedenken hiergegen zurücktreten müssen.“ Ein anderer schreibt: „Ich vermag nicht einzusehen, warum die Kommune immer nur und ausschließlich für die Armen und für die Kranken der arbeitenden (handarbeitenden) Klasse sorgt und glaube, daß die Kranken des niederen und mittleren Bürgerstandes doch auch ein Anrecht darauf haben, die vortrefflichen Einrichtungen der städtischen Krankenanstalten in Notfällen benutzen zu können, ohne genötigt zu sein, in großen Sälen mit vielen Patienten zusammen zu liegen.“

Soviel über die soziale Seite dieses wichtigen Problems. Für den Arzt bietet es noch ein besonderes Interesse insofern, als die erwähnte Einrichtung zahlungsfähige Kranke seinem Wirkungskreis entzieht, folglich gefragt werden muß, ob ein Honoraranspruch an diese Patienten gerechtfertigt ist.

Die Honorierung der Aerzte durch die Patienten der ersten und zweiten Klasse ist in einer so verschiedenartigen Weise geregelt, daß man schon aus dieser Vielfältigkeit der Lösungsversuche auf die Schwierigkeit der Frage schließen kann. Gar keine Entschädigung für die Behandlung dieser Kranken erhalten die Aerzte in sieben der hier in Betracht kommenden Krankenhäuser, darunter drei städtische, zwei staatliche (Hamburg), zwei Ordenskrankenhäuser. Bei den zwei letzteren ist die Aenderung des bisherigen Modus beantragt. In zwei weiteren städtischen Krankenhäusern erhalten die dirigierenden Aerzte einen Bruchteil der von den Extrapatienten gezahlten Kosten, und zwar in Schöneberg ein Sechstel dieses Betrages, in Königsberg 25 Pfennige pro Kopf und Tag. Ein beschränktes Liquidationsrecht haben die Chefarzte in 18 Anstalten, darunter 15 städtische. Hier finden sich wieder die verschiedensten Abstufungen. So darf in den städtischen Krankenhäusern in Bremen, Mainz, Rixdorf, ferner im Landkrankenhaus in Cassel, im Marienkrankenhaus in Danzig nur für Operationen liquidiert werden, im städtischen Krankenhaus in Stettin auch das nur bei den Patienten erster Klasse. In Augsburg können die Chefarzte des städtischen Krankenhauses nicht nur für chirurgische Eingriffe, sondern auch für Besuche außerhalb der gewöhnlichen Besuchszeit und für umfangreiche Zeugnisse und Gutachten ein Honorar fordern, in Dortmund für besondere ärztliche Bemühungen. Im Stadtkrankenhaus zu Plauen kann bei Kranken erster Klasse sowie bei Patienten zweiter Klasse mit Einzelzimmern und bei auswärtigen Kranken zweiter Klasse ein Honorar innerhalb der Gebührenordnung, bei den zwei letztgenannten Kategorien innerhalb des unteren Drittels der Taxe verlangt werden. Im chirurgischen Stadtlazarett in Danzig hat der Oberarzt das Recht, bei Patienten erster Klasse und bei auswärtigen Kranken zweiter Klasse für Operationen persönlich zu liquidieren; ebenso an den städtischen Krankenanstalten in Köln und Elberfeld. In den Magdeburger Krankenhäusern können die Oberärzte und der Leiter der pathologisch-anatomischen Anstalt Honorar fordern, bei auswärtigen Kranken erster und zweiter Klasse auf Grund freier Vereinbarung oder nach den Bestimmungen der Gebührenordnung, bei Einheimischen mit einem Steuereinkommen unter 5000 M nach den Sätzen der unteren Hälfte der preussischen Gebührenordnung, im übrigen innerhalb des Rahmens dieser Gebührenordnung. In Barmen haben nur die auswärtigen Patienten des städtischen Krankenhauses Honorar zu zahlen. Im städtischen Krankenhaus zu Karlsruhe haben die Privatpatienten der Oberärzte, d. h. Patienten, welche der Privatpraxis der Oberärzte entstammen und von diesen bei der Einweisung als Privatpatienten bezeichnet werden oder sich selbst als solche bezeichnen, an den betreffenden Oberarzt das übliche Honorar zu entrichten. Das Marienkrankenhaus in Bonn und das Elisabethkrankenhaus in Königsberg gestatten eine ärztliche Liquidation auch bei Kranken dritter Klasse, sofern diese Privatpatienten des Chefarztes sind. Bei den übrigen 16 Krankenhäusern ist über eine Beschränkung des Liquidationsrechtes nichts mitgeteilt worden. — Die Assistenzärzte haben nirgends Anspruch auf Honorar; eine private Remuneration derselben seitens des dirigierenden Arztes wird zweimal angegeben.

Soweit die nackten Tatsachen. Sie zeigen, daß die Forderung des diesjährigen Deutschen Aerztetages, wonach der leitende Arzt

1) Medizinische Klinik No. 49.

berechtigt ist „zur Honorarforderung tunlichst bei allen Selbstzahlern (Fortfall der Verpflichtung zu unentgeltlicher Behandlung bemittelter Patienten)“, erst zum Teil erfüllt ist. Wo das nicht der Fall, da fehlt es auch nicht an manch kräftigem Wörtlein. So lesen wir zum Beispiel: „Liquidationsberechtigung ist die *conditio sine qua non*, im Interesse der ganzen Aerzteschaft. Die Wichtigkeit für den ganzen Aerztestand wird von den Aerzten selber meist nicht begriffen. Wer will denn einen praktischen Arzt noch gegen Entgelt konsultieren, wenn er Autoritäten zur Konsultation, Indikation, Operation, ja auch zur Nachbehandlung gratis hat? Ich weiß von schwerreichen Leuten, die sich nur auf einen Tag aufnehmen lassen, z. B. zum Gipsverband und dann — tout compris — 10 M bezahlen. Auch bei inneren Krankheiten: hat einer Pneumonie und braucht dreimaligen Besuch des Arztes, Schwester, Nachtwachen. so hat er es im Krankenhaus ja dann alles für 5—9—14 M, alles eingeschlossen. — Die Patienten, die ihren Arzt bezahlen, sind ihm auch dankbar. sie wissen gewissermaßen, wieviel Dank sie ihm schuldig sind.“ Ein anderer Krankenhausleiter schreibt: „Wird das Liquidationsrecht beschnitten. so bedeutet dies direkt eine Resektion des ganzen Systems. Unter solchen Verhältnissen ist eine Prosperität absolut ausgeschlossen, in einem Falle arbeitet der Arzt für das System, im anderen Falle steht er der Sache gleichgültig gegenüber oder er arbeitet direkt dagegen und zwar mit Recht, im Interesse seiner Position.“ Noch weiter geht die folgende Äußerung: „Eine Nichtbezahlung der Aerzte durch begüterte Patienten, welche nur höhere Sätze an die Klinik abführen, zwingt den Direktor zur unentgeltlichen Arbeit zur Bereicherung der Gemeinde, des Staates resp. Besitzers, wofür er nicht bezahlt wird, kann also rechtlich verweigert werden. Andererseits schädigt sie alle Aerzte, welche von zahlenden, hospitalisierten Kranken Zahlung verlangen müssen laut ärztlicher Standesordnung.“

Wir haben diese radikalen Ansichten wiedergegeben, weil sie offenbar im Prinzip den Wünschen der beteiligten Kreise entsprechen. Soweit die eingelaufenen Antworten überhaupt ausführlichere Äußerungen hierüber enthalten, wird das freie Liquidationsrecht des Arztes fast ausnahmslos gutgeheißen, bzw. seine Einführung gefordert. Eine Beschränkung dieses Rechtes auf den Chirurgen ist eine durch nichts begründete Ungerechtigkeit; werden nur Operationen besonders bezahlt, so wird damit, wie ein Kollege treffend bemerkt, eine Prämie auf das Operieren gesetzt. Daß bei ärmeren Kranken eine Ermäßigung resp. ein Nachlaß des Honorars eintritt, heben mehrere Antworten besonders hervor; eigentlich ist es selbstverständlich. „Gerade die Möglichkeit einer freien Liquidation“, so schreibt ein in diesen Fragen besonders bewandter Krankenhausarzt, „schließt alle die Unannehmlichkeiten aus, die man bei anderem Modus beobachtet, z. B. bei hohen Pflegsätzen, von denen ein gewisser Prozentsatz an den dirigierenden Arzt abgeführt wird. Hier ist es dem dirigierenden Arzt möglich, bei Unbemittelten resp. wenig Bemittelten ein geringes Honorar zu nehmen oder auch ganz auf Honorar zu verzichten, während er von einem wohlstehenden Patienten eventuell auch einen kleinen Eingriff sich gut bezahlen lassen kann.“ In einzelnen Städten hat man die Einrichtung getroffen, den nicht honorierten Chefarzt durch eine Erhöhung des Gehalts für den Ausfall zu entschädigen, wodurch natürlich die schweren Nachteile, die der Mangel einer Liquidationsbefugnis für die ganze Aerzteschaft mit sich bringt, nicht kompensiert werden. Wo Patienten aus besseren Kreisen für 7 oder gar für 5 M täglich verpflegt und von hervorragenden Aerzten umsonst behandelt werden, da ist es kein Wunder, wenn die übrigen Kollegen sich über „unlauteren Wettbewerb“ beklagen. Die Schäden dieses Systems charakterisiert einer der Betroffenen mit folgenden Worten: „Auch bei der zweiten Klasse wäre ein mäßiger täglicher Zuschlag für ärztliche Behandlung empfehlenswert, weil durch die gegenwärtige Einrichtung die Tätigkeit der Aerzte in den Augen des Publikums entwertet wird, denn jeder gebildete Patient kann sich ausrechnen, daß die Kossätze, die er bezahlt, für Unterkunft, Ernährung und Pflege verbraucht werden und für ärztliche Behandlung demnach nichts vergütet wird.“ Zu diesen Nachteilen, die dem System als solchem anhaften, kommt nun noch die Möglichkeit des Mißbrauches durch wirklich Begüterte, die das ärztliche Honorar sparen wollen. In mittleren Großstädten, wo man die wirtschaftliche Lage des Kranken meist wenigstens einigermaßen beurteilen kann, läßt sich dieser Mißbrauch eventuell verhüten, wie z. B. aus folgendem Schreiben hervorgeht: „Ich habe den Eindruck, daß die Zimmer im ganzen von solchen Patienten benutzt werden, welche bei geringem Wohlstand sich die Annehmlichkeit verschaffen wollen, daß sie allein oder doch nur mit einem oder zwei Patienten zusammen liegen. Wirklich wohlhabende oder gar reiche Patienten benutzen die Zimmer nicht. Das war aber nicht immer so; früher kamen auch solche Patienten als Klassenpatienten ins Krankenhaus, und es ist erst allmählich gelungen, diesen Zustand so gut wie ganz abzuschaffen. Wohlhabende

oder Reiche in diesen Klassenzimmern zu dulden, wo sie sich nur um die Bezahlung des Oberarztes, den sie doch oft seines Rufes wegen suchen, herumdrücken, halte ich für unwürdig.“ — In der Millionenstadt wäre eine Kontrolle in dieser Richtung natürlich unmöglich oder nur unter großem Zeitaufwand und starker Belästigung des Publikums durchzuführen. Eine Einschränkung der mißbräuchlichen Benutzung könnte eventuell durch eine sehr geringe Bettenzahl der Extraklassen herbeigeführt werden, wie dies aus verschiedenen Städten berichtet wird; dadurch würde aber der eigentliche Zweck der Einrichtung in Frage gestellt werden.

Aus alledem ergibt sich, daß die Honorierung der Aerzte durch die Klassenpatienten als eine zweckmäßige und vielfach angewendete Maßregel auch für unsere städtischen Krankenhäuser zu empfehlen ist. Sollte aber bei der Stadtverwaltung eine unüberwindliche Abneigung gegen dieses gesunde und vernünftige Prinzip bestehen, so ließen sich noch zwei Vorschläge in Erwägung ziehen, die auf unser Rundschreiben eingelaufen sind und beide darauf abzielen, den Klassenkranken weniger Pflichten aufzuerlegen, dafür aber auch weniger Rechte zu gewähren. Der eine dieser Vorschläge lautet:

„Meine Ansicht von der Sache ist kurz die, daß auch an städtischen Spitälern Klassenzimmer eingerichtet werden sollten, d. h. Zimmer zu ein oder zu zwei bis drei Betten, in denen Kranke bei besserer Kost und zu einem höheren als dem Durchschnittsverpflegungssatz aufgenommen werden sollten. Ein ärztliches Honorar sollte von diesen Patienten nicht gefordert werden dürfen: sie haben dementsprechend auch nicht das Recht zu der Forderung, vom Chef operiert zu werden, sie sind vielmehr Krankenhauspatienten wie alle anderen mit denselben Rechten und Pflichten wie diese — nur daß sie sich auf Grund höherer Zahlung eine größere Bequemlichkeit verschaffen können. Diese Einrichtung soll denen zugute kommen, die nicht gern in einen gemeinsamen Krankensaal gehen würden, aber die Kosten einer Privatbehandlung nicht tragen können.“ Noch weiter in der genannten Richtung geht der zweite Vorschlag, der von dem Leiter eines Berliner städtischen Krankenhauses herrührt:

„Im Interesse des Bürgerstandes wäre es, wenn in den Krankenhäusern die Möglichkeit geschaffen würde, auch Kranke in Einzelzimmern zu behandeln. Gegenwärtig liegt der betrunken eingelieferte obdachlose Vagabund neben dem Beamten, der seit Jahren der Stadt gedient und nicht imstande ist, die Kosten eines Sanatoriums zu tragen. Dieser Umstand macht es dem Bürger und Beamten oft unmöglich, ein öffentliches Krankenhaus aufzusuchen. Es wäre deshalb zweckmäßig, in jedem Spital Einzelzimmer zu schaffen, in denen, aber nur nach Bestimmung des leitenden Arztes, Kranke zu dem gewöhnlichen Kostensatz behandelt werden könnten. Ein Recht auf Einzelzimmer dürfte nicht geschaffen werden und eine besondere Remuneration für den Arzt müßte auch wegfallen.“ Der erste Modus würde eine Hinterziehung des Honorars seitens Zahlungsfähiger verhindern, aber nur für den Chirurgen, nicht für den Internisten. Die Gleichstellung der mehrzahlenden Kranken mit den übrigen dürfte auch auf Schwierigkeiten stoßen. Gegen den zweiten Vorschlag könnten wirtschaftliche Bedenken geltend gemacht werden, da die Stadt für die Einzelzimmer eigene Gebäude errichten müßte und für die vermehrten Kosten kein Äquivalent erhalten würde. Vom sozialen Standpunkt aber wäre eine solche Einrichtung lebhaft zu begrüßen, und auch dem ärztlichen Stand würde sie keinen Nachteil bringen, während auf andere Weise, wie ein auswärtiger Krankenhausleiter bemerkt, „ein Ausgleich dieser widerstreitenden Interessen nur in unvollkommenem Maße möglich ist“.