

Die letzten beiden Tabellen geben einen allgemeinen Überblick über die Struktur der im Herbst 1956 in München vorhandenen Mietwohnungen in dem einleitend definierten begrifflichen Umfang. Hingewiesen sei auf das Vorherrschen der 3-Raum-Wohnungen unter den Neu- und Neubauten; die mit öffentlichen Mitteln geförderten Wohnungen des sozialen Wohnungsbaues setzen sich nahezu zur Hälfte aus Wohnungen dieser Großengruppe zusammen. Dagegen hat von den freifinan-

zierten Wohnungen fast jede dritte mehr als 4 Räume. Noch höher ist allerdings der Anteil der größeren Wohnungen bei den Altbauten. Eine Sonderstellung nehmen die 1-Raum-Wohnungen ein. Ihre Zahl ist durch die Neubauten ab-Währungsreform von rd. 1600 auf über 6000 angewachsen. Der Zugang solcher Wohnungen, für die offenbar in München ein besonders starkes Bedürfnis vorhanden ist, war ganz überwiegend (zu 69%) eine Leistung des freifinanzierten Wohnungsbaues. Dr. E.

## Münchener Krankenanstaltsstatistik 1957

Von den Hinterlassenschaften des Krieges bereiten den großen Städten die Wohnungs-, Schulraum- und Krankbettennot immer noch die meisten Sorgen. Während aber z. B. in den Brennpunkten des Wohnungsbedarfs niemand erwartet, die eigene Finanzkraft der Städte könne zur Beseitigung des Fehlbestandes an Wohnungen ausreichend sein, ist der Bau von neuen Schulhäusern überwiegend eine kommunale Angelegenheit. Den kreisfreien Städten obliegt nach dem Gesetz ferner die Aufgabe, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben. Deshalb stellt die sog. „Krankheit der Krankenhäuser“ — zu wenig Betten, zu wenig Pflegepersonal — auch ein kommunalpolitisches Problem ersten Ranges dar, und die zuständigen Gremien in den Stadtverwaltungen sind an allem, was damit zusammenhängt, lebhaft interessiert. Auch in der bayerischen Landeshauptstadt gibt es fast keine Erörterung besonders aktueller Probleme, ohne daß dabei die Krankenhausfrage angeschnitten würde. Man wird es deshalb sicherlich begrüßen, wenn die Statistik der Münchener Krankenanstalten für das Kalenderjahr 1957 wenigstens in ihren wichtigsten Ergebnissen schon in unseren Monatsheften abgedruckt und textlich erläutert wird. Es handelt sich dabei um Zahlen und Tabellen, die das städt. Statistische Amt für den einschlägigen Abschnitt im „Statistischen Jahrbuch Deutscher Gemeinden“ (45. Jhrg.) zusammengestellt hat. Die Unterlagen hie-

für konnten dankenswerterweise zum größten Teil vom städt. Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt werden.

Die Zahlen unserer Krankenhausstatistik beziehen sich auf insgesamt 69 Anstalten (Stand Ende 1957, s. Tab. S. 86f.), d. h. auf alle im Stadtgebiet befindlichen und die beiden auswärtigen Krankenhäuser in Kempfenhausen und Achatswies (städt.). Nach den sog. Kostenträgern gliedern sie sich in

- 10 städtische,
- 14 staatliche,
- 2 vom Landkreis betriebene,
- 14 frei-gemeinnützige und
- 29 private Anstalten.

Der Leser hätte vielleicht Mühe, auch nur die größten von ihnen aus dem Gedächtnis aufzuzählen. Jedermann kennt zwar das Schwabinger Krankenhaus und das Krankenhaus rechts der Isar, die beide städtisch sind. Aber schon bei der im Anschluß hieran naheliegenden Erwähnung des Krankenhauses links der Isar wäre richtigzustellen, daß von dem ehemaligen Komplex dieses Namens die Urologie und Dermatologie nunmehr das städt. Krankenhaus an der Thalkirchner Straße bilden, während die übrigen Abteilungen seit 1953 staatlich sind. Als viertes städt. Krankenhaus wäre München-Harlaching zu nennen, dessen frühere Bezeichnung „Sanatorium“ vielen noch geläufiger ist. Die vier städt. Krankenhäuser neuesten Datums sind in einem

früheren Schulgebäude (München-Nord, Hohenzollernstr.), einem Barackenlazarett (Oberföhring), einer Polizeikaserne (Biederstein) und in der ehemaligen Kadettenanstalt (Pappenheimstr.) untergebracht. Die zwei auswärtigen Krankenhäuser wurden bereits erwähnt. Den Erfordernissen des Lehrbetriebes entsprechend, sind die staatlichen Universitätskliniken bis auf die Orthopädische (Harlaching) örtlich im Klinikviertel des 9. und 10. Stadtbez. zusammengefaßt. Von ihnen befinden sich die zwei Medizinischen Kliniken und die Poliklinik für physikalische Therapie und Röntgenologie in dem Gebäude an der Ziemssenstraße, das von den Münchnern immer noch als „Krankenhaus links der Isar“ bezeichnet wird (offiziell: Univ.-Kliniken links der Isar). Die frei-gemeinnützigen Anstalten werden von religiösen Orden bzw. paritätischen Schwesternschaften betrieben.

Daß die Krankenhäuser heute vielfach selbst „leidend“ sind, ist allgemein bekannt. Neben dem Mißverhältnis zwischen Selbstkosten und Kassensätzen, dem Vorhandensein von räumlich und auch sonst veralteten Betrieben, überforderten Schwestern usw. gibt vor allem die Bettennot zu Klagen Anlaß. Insofern sind die Angaben über die in München vorhandenen Krankenbetten von besonderem Interesse. Werden nur die sog. planmäßigen Betten gezählt (d. h. ohne zusätzlich aufgestellte), ergeben sich zum Jahresende 1957 insges. 11 823 (außerdem: 987 in den Krankenabteilungen von 9 städt. Altersheimen und 110 in der Gefängnis-Krankenanstalt). Das Schwergewicht liegt bei den städt. Krankenhäusern mit 4772 Betten (darunter 387 auswärtig). An 2. und 3. Stelle folgen die Universitätskliniken (staatl.) und die frei-gemeinnützigen Anstalten mit 2581 bzw. 2409 planmäßigen Betten. Von den privaten Kliniken können 1624 Patienten aufgenommen werden und weitere 437 von den im Stadtgebiet liegenden Kreis-Krankenhäusern München-Perlach und -Pasing. Vergleicht man mit 1937, dem letzten Vorkriegsjahr mit gut gegliederter Krankenhausstatistik, ergibt sich, daß die Bettenzahl gegenüber dem damaligen Stand (8676) um 3147 oder 36% zugenommen hat. Die Wohnbevölkerung ist in der gleichen

Zeit um „nur“ 33% größer geworden, so daß die Ziffer der sog. Bettendichte jetzt sogar etwas günstiger lautet als vor dem Kriege:

11,8 Krankbetten  
je 1000 Einwohner,  
gegen  
11,5 1937.

Da im allgemeinen 10 Betten je 1000 Einw. als Norm angesehen werden, müßten die z. Z. in München vorhandenen Kliniken und Krankenhäuser eigentlich ausreichend sein. Daß trotzdem von einem katastrophalen Bettenmangel die Rede ist, zeitweise selbst Korridore und Badestuben mit Patienten belegt sind, immer wieder Aufnahmesuchende abgewiesen bzw. vertröstet werden usw., ist dementsprechend fast paradox. Auf S. 85ff. wird versucht werden, hierfür eine plausible Erklärung zu geben.

In der folgenden Übersicht ist die seit 1937 eingetretene Bettenzunahme (+ 3147) als Saldo des Zugangs in Neu- und Erweiterungsbauten (5190) und der entsprechenden Gegenposten — Ausfälle durch Betriebseinstellungen, Beschlagnahmungen, Kriegsschäden usw. (2043) — dargestellt.

Veränderungen gegenüber der Vorkriegszeit	Zugänge	Abgänge an Krankenbetten
Neueröffnungen usw.		
6 städt. Krankenhäuser ..	1787	
1 Kreiskrankenhaus (Eingemeindung von Pasing) .....	210	
21 frei-gemeinnütz. u. priv. Krankenhäuser	1025	
Erweiterungen		
3 städt. Krankenhäuser	420	
8 staatl. Universitätskliniken .....	409	
1 Kreiskrankenhaus (Perlach) .....	137	
14 frei-gemeinnütz. u. priv. Krankenhäuser	1202	
Kriegszerstörungen und Beschlagnahmungen		
Krankenhaus links d. Is. (staatl.) .....		710
Schwabinger Krankenh. (städt.) .....		699
Aufgelöste bzw. nach auswärts verlegte Anstalten		
14 frei-gemeinnütz. u. priv. Krankenhäuser		557
Sonst. Veränderungen .....		77
<b>Zu und Abgänge insgesamt</b>	<b>5190</b>	<b>2043</b>
<b>Saldo (um ... Krankenbetten mehr als 1937) .....</b>	<b>3147</b>	

Von den verschiedenen im Kriege und nachher in Betrieb genommenen städt. Hilfs- und auswärt. Krankenhäusern bestehen z. Z. noch 6, die zusammen über 1787 Betten verfügen. Weitere Betten (1025) sind in 21 karitativen und rein privaten Neugründungen (z. B. des Roten Kreuzes: RK II im ehem. Standortlazarett) neu aufgestellt. 26 Anstalten wurden erweitert oder nach Zerstörung in größerem Maßstabe wiederaufgebaut (darin um 2168 Betten mehr als 1937). Hiervon sind u. a. der moderne Südbau des Krankenhauses rechts der Isar, der neue Trakt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder (Romanstr.), der Wiederaufbau des Roten Kreuzes in Neuhausen (RK I) und die Erweiterung des Kreiskrankenhauses in Perlach zu erwähnen. Bei Kriegsende waren die Münchener Kliniken und ihre Einrichtungen zu rd. 50% ausgebombt; was noch vorhanden war, wurde vielfach von der Besatzung in Anspruch genommen. Seither hat sich die Situation wesentlich verbessert, so daß aus unserer Übersicht nur mehr der teilweise Ausfall des Krankenhauses links der Isar (— 710 Betten; Zerstörung des Nußbaumpavillons und Sonderbaues, eines großen Teils der Chirurg. Abteilung usw.) und die immer noch verminderte Aufnahmefähigkeit des beschlagnahmten städt. Krankenhauses München-Schwabing (— 699) abzulesen sind. Letzteres ist zwar seit kurzem endgültig freigegeben, wird jedoch erst nach Abschluß einer großzügigen Instandsetzung (Ende 1958) wieder voll für die Münchener Bevölkerung verfügbar sein. 14 Privatkliniken und freigemeinnützige Anstalten mit insges. 557 Betten haben ihren Betrieb eingestellt oder nach auswärts verlegt (z. B. Biologisches Krankenhaus, jetzt Höllriegelskreuth).

Die insgesamt vorhandenen Krankenbetten (Ende 1957: 11 823) befinden sich je zur Hälfte in allgemeinen Krankenhäusern und Fachkliniken (5921 und 5902). Von den Betten der Allgemeinanstalten entfallen 1843 auf chirurgische und 1788 auf interne Stationen. Einschließlich des Bettenbestandes in den entsprechenden Fachkliniken (chir. und int.) stehen in München für Kranke

zur chirurgischen Behandlung 3128 und zur internen Behandlung ... 3183 Betten

zur Verfügung. Die gynäkologisch-geburtshilflichen Fachabteilungen bzw. -anstalten haben einen Bettenbestand von 1229. Für die stationäre Behandlung von Kindern sind in den Münchener Krankenhäusern insgesamt 1443 Kinderbetten vorgesehen (ohne geburtshilfliche Säuglingsbetten). Die kleinere Hälfte davon entfällt auf ausgesprochene Kinderkrankenhäuser (städt. in Achatswies, Pädiatrische Universitätsklinik, Kinderkrankenhaus Lachnerstr., Heckscher Nervenkl. für Kinder und Jugendliche, zusammen 650), die übrigen befinden sich in sonstigen Fach- und Allgemeinanstalten (zus. 793, dav. 437 in der Kinderabteilung des Schwabinger Krankenhauses, 50 in der Poliklinik, 95 in der Orthopädischen und 26 in der Augenklinik, 14 in den Kreiskrankenhäusern). Daß die untere Grenze der Wirtschaftlichkeit bei allgemeinen Krankenhäusern bei 200—250 Betten liegt, ist in vielen einschlägigen Veröffentlichungen nachzulesen. Bis zu 50 Betten (Kleinstkrankenhäuser) soll ein wirtschaftlicher Betrieb überhaupt nicht möglich und keine Garantie für eine neuzeitliche Therapie und Pflege gegeben sein. Natürlich gelten solche Feststellungen, die neuerdings bei einschlägigen Debatten — z. B. betr. Zusammenfassung von kleinsten Häusern zu Einheiten mit 150 bis 300 Betten — eine Rolle spielen, nicht ohne weiteres auch für die kleineren Fachanstalten (bis 50 Betten), von denen es in München 19 mit insgesamt 431 Betten gibt (s. Übers. S. 84). Bei diesen handelt es sich nämlich z. T. um Spezialkliniken, bei denen der größere Teil der Arbeit in den Ambulatorien und weniger auf den Bettenstationen geleistet wird (z. B. Röntgeninstitute, Augen-, Zahnkliniken usw.). Von den in München vorhandenen Allgemeinanstalten zählt überhaupt keine zur untersten Größenklasse und nur 5 mit höchstens 150 Betten sind als kleine Kliniken zu bezeichnen. Natürlich fehlt es nicht an Überlegungen darüber, bei welcher Bettenzahl die Kapazität der Operationsräume, Röntgenstationen, klinischen Laboratorien und wirtschaftlichen Einrichtungen (Küche, Kesselhaus, Wä-

scherei usw.) am besten ausgenutzt werden kann, ohne daß Mammutbetriebe nach dem Beispiel vieler Hospitäler in den USA entstehen. Da nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft Anstalten mit zirka 600 Betten am zweckmäßigsten sind, müßte die Mehrzahl der Münchener Krankenhäuser (67 von insges. 69) eigentlich als zu klein bezeichnet werden (dem Optimum am nächsten: Drittordenskrankenhaus in Nymphenburg mit 526 Betten). In der nach der Bettenzahl geordneten Reihe stehen München-Schwabing und Rechts der Isar (beide städt.) mit 1200 bzw. 1100 Betten an der Spitze. Daß vom Bettenbestand überhaupt genau die Hälfte auf Einheiten bis zu 315 Betten entfällt (sog. Scheidewert), macht deutlich, wieviel von den kleinen und mittleren Anstalten zur Krankenhausversorgung der Münchener Bevölkerung beigetragen wird.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß in den Krankenhäusern die Zahl der Dienstkräfte je Krankenbett immer größer wird. Die personelle Besetzung eines Krankenhauses wurde früher schon als sehr gut angesehen, wenn sich der Beschäftigtenstand (Ärzte, Schwestern, Verwaltungsgestellte, Wirtschaftskräfte usw.) zur Bettenzahl wie 1:2 verhielt. Dagegen entfällt heute in der Regel schon auf 1,5 Betten 1 Angehöriger des Anstaltspersonals. Diese Relation gilt auch für die Krankenhäuser in München, in denen auf 11823 Betten (Ende 1957) insges. 7657 Dienstkräfte entfallen. Wie sich diese auf die verschiedenen Gruppen verteilen, zeigt die folgende Zusammenstellung:

Gruppe	Zahl	auf je ... Betten entfällt 1 Dienstkraft nebenstehender Gruppe
Krankenhausärzte . . . . .	1126	10,5
Pflegepersonen . . . . .	2523	4,7
Apothekenpersonal . . . . .	38	311,1
Med.-techn. und Röntgenpersonal . . . . .	369	32,0
Krankengymnasten, Masseur u. ä. . . . .	96	123,2
Sonst. fachl. vorgebildete Personen . . . . .	45	262,7
Verwaltungs- u. Büro pers. . . . .	684	17,3
Wirtschaftskräfte . . . . .	2776	4,3
<b>zusammen</b>	<b>7657</b>	<b>1,5</b>

Wie man sieht, sind in den Münchener Krankenhäusern gegenwärtig 1126 Ärzte tätig, so daß im Durchschnitt je 10 bis 11 Betten 1 Arzt zur Verfügung steht. In Wirklichkeit ist jedoch die Besetzung mit ärztlichem Personal weniger günstig, da in unserer Aufstellung auch die 305 Pflicht-, Medizinalassistenten und Volontärärzte mitgezählt sind, deren Verwendung sich mehr nach dem Ausbildungsplan — als nach den Bedürfnissen des Krankenhauses — richten muß. Ohne sie vermindert sich die Zahl der Krankenhausärzte auf 821, so daß jeder durchschnittlich 14—15 Betten zu betreuen hat. Im staatlichen Sektor des Krankenhauswesens, dem u. a. auch die klinische Ausbildung der Studenten, Forschungsaufgaben, Wissenschaftspflege usw. obliegen, kommt schon auf durchschnittlich 8—9 Betten 1 Arzt, bzw. sogar schon auf je 5—6, wenn auch die hospitierenden, unbezahlt oder gegen Naturalleistungen tätigen Jungärzte mitgerechnet werden. Wer als Patient oder Gast in ein Krankenhaus kommt, wird nicht übersehen, daß

Die Krankenanstalten nach Größenklassen

Krankenhausgrößenklasse	bei einer Bettenzahl	Allgem.-Anstalt.		Fachanstalten		zusammen	
		Zahl	Betten	Zahl	Betten	Zahl	Betten
kleinste . . . . .	bis zu 50	—	—	19	431	19	431
kleine . . . . .	von 51 bis 150	5	405	20	1729	25	2134
mittlere . . . . .	von 151 bis 300	4	949	9	1957	13	2906
größere . . . . .	von 301 bis 600	5	2264	5	1785	10	4049
große . . . . .	mehr als 600	2	2303	—	—	2	2303
<b>zusammen</b>		<b>16</b>	<b>5921</b>	<b>53</b>	<b>5902</b>	<b>69</b>	<b>11823</b>

neben den Ärzten die Schwesternschaft das tragende Element eines solches Hauses ist. In München stehen für 11823 Krankbetten 2523 Krankenschwestern und -pfleger zur Verfügung (einschl. 521 Lernkräf-

ten), so daß von 1 Pflegeperson im Durchschnitt 4—5 Betten versorgt werden müssen. Wird das Pflegepersonal ohne die noch in Ausbildung befindlichen Schwesternschülerinnen usw. zur Bettenzahl in Be-

ziehung gesetzt, ergibt sich ein Verhältnis von 1:6. Je nach der Fachrichtung des Hauses ist der Bedarf an Pflegepersonal verschieden groß. In den Kinderkliniken sind z. B. einer Kranken- bzw. Kinder-schwester im Durchschnitt nur 3,6 Betten zugeteilt, da die kleinen Patienten einer besonders hingebungsvollen Pflege bedürfen. Die gleiche Ziffer ergibt sich für die gynäk.-geburtshilfflichen Fachanstalten, in denen zum Dienst an den eigentlichen Krankenbetten noch die Betreuung der Neugeborenen hinzukommt. Am größten (7—9) ist die Zahl der Betten je Pflegekraft in Lungenheilstätten, psychiatrisch-neurologischen Krankenhäusern und in der Orthopädischen Klinik, d. h. gerade in den Anstalten, in denen die Patienten im Durchschnitt am längsten verweilen. Denn je seltener diese wechseln, umso weniger wiederholen sich die Arbeiten, die speziell mit der Neuaufnahme verbunden sind (Anlage der Krankengeschichte, diagnostische Maßnahmen, Einleitung der Therapie, Festlegung der Diät usw.). Abgesehen von den bereits erwähnten Lenkräften gliedert sich das Pflegepersonal in 1756 Schwestern (Kranken-, Säuglings- und Kinderschwestern) und eine verhältnismäßig kleine Zahl von Krankenpflegern (246, dar. 213 in staatl. u. städt. Anstalten). Von ersteren sind 657 sog. freie, vom Krankenhaus unmittelbar angestellte Schwestern, während 1099 „über ihren Orden“ oder auf Grund von „Gestellungsverträgen“ mit nicht-konfessionellen Schwesternschaften in der Anstalt tätig sind (z. B. Barmherzige, Drittordensschwwestern, Diakonissinnen, Rote-Kreuz-Schwwestern usw.). Über das Schwesternproblem und den Mangel an Pflegeberufen überhaupt ist in den letzten Jahren in Zeitungen und Illustrierten viel geschrieben worden. Daß der Nachwuchs etwa vollkommen ausgeblieben wäre, trifft jedoch nicht zu. Im Gegenteil: Es gibt für den Dienst am Krankenbette heute sogar auffallend viel jüngeres Personal! In den Münchener Krankenanstalten sind die 20- bis 30jährigen an den Vollkräften überhaupt mit rd. einem Drittel beteiligt (638 von insges. 2002), und nicht einmal ein Fünftel (384) hat das 50. Lebensjahr schon überschritten. Da sich gegenwärtig über 500 zukünftige Krankenschwestern und

-pfleger in Ausbildung befinden, kann damit gerechnet werden, daß in den nächsten Jahren für den Pflegedienst vielleicht sogar wieder etwas mehr Kräfte zur Verfügung stehen werden. Medizinisch-technische und Röntgenassistentinnen, Krankengymnasten, Masseur usw., werden unter der Bezeichnung Medizinisch-Hilfspersonal zusammengefaßt. Dieser Bedienstetengruppe gehören in den Münchener Krankenhäusern z. Z. 510 Personen an. In 6 Anstalten sind eigene Krankenhausapotheken eingerichtet (u. a. eine für alle Universitätskliniken gemeinsam), in denen 21 approbierte Apotheker und 17 Drogisten und ähnlich vorgebildete Personen beschäftigt sind. Zum Verwaltungs- und Büropersonal der Krankenanstalten gehören 684 Angestellte und Beamte, und in den verschiedenen wirtschaftlichen Diensten sind 2776 Kräfte beschäftigt (z. B. Küchen-, Reinigungs-, Wäschereipersonal, Heizer, Handwerker usw.).

Die Ergebnisse der Betriebsstatistik, denen wir uns nunmehr zuwenden wollen, sollen dazu benutzt werden, einiges über Umfang und Ursachen der Bettennot in den Münchener Krankenhäusern auszuführen. Von den verschiedenen Zahlen über die Inanspruchnahme der Krankenbetten ist die der insgesamt abgerechneten Pfl egetage am interessantesten. Für alle 69 Anstalten zusammen ergaben sich 1957 rd. 3,83 Mill., wozu bemerkt wird, daß bei allen Patienten für Aufnahme und Entlassung zusammen jeweils nur 1 Pfl egetag gerechnet ist. Die 10 städt. Krankenhäuser sind an der genannten Leistung mit 1,55 Mill. oder rd.  $\frac{2}{5}$  beteiligt. Denkt man sich die Pfl egetage gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt, ergibt sich, daß sich in jedem Zeitpunkt in München durchschnittlich 10492 Patienten im Krankenhaus befinden haben. Bei einem Angebot von 11823 Betten bedeutet dies einen Ausnutzungssatz von 89%. Der Leser hätte angesichts ständig überbelegter Krankenhäuser wahrscheinlich mit einer höheren Ziffer gerechnet und es erscheint ihm vielleicht sogar nur wenig glaubhaft, daß im Durchschnitt jedes 10. Krankenbett leer gewesen sein soll. Hierzu wird bemerkt, daß eine 100%ige Ausnutzung wegen der sog. Anstoßzeiten beim Patientenwechsel über-

Art der Anstalten	Zahl der Anstalten bzw. Fachabteilungen	Zahl der Betten		Verpfl. Kranke	Pflegetage	Ausnützungsg. grad in %
		insges.	dar. für Kinder			
		Stand 31. Dez. 1957		Kal. Jahr 1957		
<b>nach Fachrichtungen</b>						
Allgemeinanstalten mit Fachabteilungen .....	16	5 921	625	90 665	1 902 939	88,1
in ihnen vorhandene Fachabteilungen für						
Chirurgie .....	14	1 843	-	-	617 246	91,8
Innere Krankheiten .....	13	1 788	-	-	613 612	94,0
<b>Fachkrankenanstalten</b> .....	53	5 902	818	91 009	1 926 619	89,9
davon mit der Fachrichtung						
Chirurgie .....	14	1 285	33	26 781	403 277	88,0
Innere Krankheiten .....	7	1 395	—	16 944	465 145	91,4
Kinderkrankheiten .....	3	570	570	7 804	188 151	90,4
Tuberkulose .....	4	568	5	2 194	192 868	93,0
Orthopädie .....	1	315	95	3 000	106 418	92,6
Augenkrankheiten .....	4	258	31	3 840	75 048	79,7
Gynäkologie und Geburtshilfe .....	10	892	—	23 092	301 072	92,5
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten .....	3	66	4	1 591	17 128	71,1
Psychiatrie und Neurologie .....	3	460	80	4 579	151 106	90,0
Röntgenologie und Strahlenheilkunde .....	2	73	—	777	20 913	78,5
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten .....	2	20	—	407	5 493	75,2
<b>nach Kostenträgern</b>						
Städt. Krankenhäuser .....	10	4 772	559	55 911	1 547 905	88,9
Staatl. Krankenhäuser .....	14	2 581	521	40 951	844 268	89,6
Kreiskrankenhäuser .....	2	437	14	8 298	153 644	96,3
Frei-gemeinnütz. Krankenanstalten .....	14	2 409	320	40 622	784 608	89,2
private Krankenanstalten .....	29	1 624	29	35 892	499 133	85,7
<b>Krankenanstalten insgesamt</b> .....	69	11 823	1 443	181 674	3 829 558	89,0

haupt nicht möglich ist. Selbst wenn frei werdende Betten ausnahmslos schon am nächsten Tage wieder belegt würden, ergäbe sich — bei durchschnittlich 22tägiger Verweildauer (s. u.) — eine Ausnutzung von nur rd. 96%. Als wünschenswert gelten übrigens wegen des notwendigen Spielraums für Reinigung, Desinfektion, Instandsetzung usw. nur 80—85%. Es ist ferner zu beachten, daß in der für ein Jahr berechneten Ausnutzungsquote vorübergehende Beanspruchungsspitzen (1957 Bettenausnutzung im Februar und März rd. 93%) durch ausgesprochen ruhige Wochen und Monate ausgeglichen werden (Dez. 1957: 81%). Auch dadurch wird der tatsächliche Bettennotstand etwas verschleiert, daß den bestbesuchten Fachkliniken und -abteilungen mit 92—94% Ausnutzung (interne und chirurgische Stationen der Allgemeinanstalten, Tbc-Krankenhäuser, gynäk.-geburtshilfliche Klini-

ken usw.) solche gegenüberstehen, die im Durchschnitt nur zu 70—80% mit Patienten belegt sind (z. B. Augen- und HNO-Kliniken, zahlreiche kleinere Privatkrankenhäuser usw.). Im übrigen ist bei Krankenbetten der Grad gegenseitiger „Vertretbarkeit“ viel zu gering, als daß bei teilweiser Überbelegung ohne weiteres das an anderer Stelle vorhandene Angebot zum Ausgleich verwendet werden könnte (Bindung der Betten an bestimmte Fachrichtungen, auf Unterbringung in Wohnungsnähe gerichtete Wünsche der Patienten usw.). Trotz der jahreszeitlich wechselnden Anfälligkeit der Bevölkerung könnte die Belegungskurve ausgeglichener sein, wenn z. B. aufschiebbar Fälle nicht zu häufig im Winter zur Behandlung kämen, weil den Patienten die schönen Monate zu schade dafür sind.

Muß der Arzt zur stationären Behandlung raten, möchte der Patient etwas über die

mittlere Verweildauer (Tage)	Anstaltsärzte	Pflegerpersonal insges.	vom Pflegepersonal insges. sind				Zahl der Betten auf je		Medizinal-Hilfspers.					Büro- und Verwaltungspers.	Wirtschaftspersonal
			freie	Mutterhaus- u. Ordens-	Krankenpfleger	Pflegerpers. in Ausbildg.	1 Arzt	1 Pflegerpers.	Personen im		Krankengymnasten	Masseur, med. Bademeister	Sonst. fachl. vorgebild. Personen		
									med. techn.	Röntgen-					
			Schwestern												
22,0	511	1310	228	505	140	338	11,6	4,5	95	72	28	22	23	295	1313
20,7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
28,4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
22,0	615	1213	365	507	106	183	9,6	4,9	129	73	35	11	22	389	1463
15,5	132	292	102	128	49	13	9,7	4,4	14	14	12	1	3	108	338
29,2	147	271	114	77	30	50	9,5	5,1	61	12	4	3	2	85	315
25,7	48	159	45	64	—	50	11,9	3,6	11	4	3	—	—	21	120
112,3	18	64	4	44	7	9	31,6	8,9	6	5	—	—	—	18	137
37,4	18	43	3	28	6	1	17,5	7,3	2	4	5	2	—	21	83
19,9	33	35	8	22	2	—	7,8	7,4	5	1	—	—	2	20	62
13,3	86	246	65	82	—	59	10,4	3,6	12	13	3	—	1	58	273
10,9	8	14	1	11	1	—	8,3	4,7	—	—	—	—	—	2	9
33,7	52	61	11	37	11	1	8,8	7,5	9	6	5	1	4	36	67
28,1	24	10	5	3	—	—	3,0	7,3	7	12	3	4	2	10	30
13,7	49	18	7	11	—	—	0,4	1,1	2	2	—	—	8	10	29
29,6	372	938	246	278	155	186	12,8	5,1	67	39	23	11	5	244	993
21,3	475	630	148	308	58	69	5,4	4,1	105	56	27	6	28	218	776
19,4	27	63	12	26	1	23	16,2	6,9	4	5	2	2	—	19	90
20,1	147	586	18	304	22	222	16,4	4,1	29	29	6	8	7	103	518
14,2	105	306	169	96	10	21	15,5	5,3	19	16	5	6	5	100	399
<b>22,0</b>	<b>1126</b>	<b>2523</b>	<b>593</b>	<b>1012</b>	<b>246</b>	<b>521</b>	<b>10,5</b>	<b>4,7</b>	<b>224</b>	<b>145</b>	<b>63</b>	<b>33</b>	<b>45</b>	<b>684</b>	<b>2776</b>

\*) Außerdem 64, \*) 87 als Medizinalhilfspersonen beschäftigte Schwestern.

mutmaßliche Dauer derselben erfahren. Natürlich ist diese verschieden, je nachdem, ob chirurgische Eingriffe, konservative Behandlungen, komplizierte Untersuchungen usw. in Frage kommen. Aus unserer Statistik ist zu entnehmen, daß 1957 in München die Patienten durchschnittlich 22 Tage im Krankenhaus waren (sog. mittlere Verweildauer). Da sich für alle baye-rischen Kliniken zusammen als Aufenthaltsdauer durchschnittlich 20 Tage ergeben (1956), erscheint die Ziffer für München keineswegs übertrieben hoch. Dabei ist ja auch daran zu denken, daß die Landeshauptstadt wegen ihrer modern eingerichteten Kliniken, bekannten Chef-ärzte usw. von überallher langwierige Beobachtungs- und Behandlungsfälle an sich zieht. Da man jedoch z. B. in den USA mit nur zirka 11 Tagen auskommt, ist anzunehmen, daß bei uns die Aufenthaltszeit nicht immer nach rein ärztlichen, son-

dern z. T. auch nach sozialen Gesichtspunkten bemessen wird, wobei u. a. auch die Wohnungsüberfüllung eine Rolle spielen dürfte. Bei den Spezialkliniken bestehen in bezug auf die Verweildauer je nach Fachrichtung beträchtliche Unterschiede. Für eine internistische Krankenhausbehandlung sind zufolge unserer Statistik durchschnittlich 4 Wochen nötig (29 Tage), während bei den chirurgischen Kliniken die vielen Einlieferungen auf nur 1—2 Wochen (z. B. bei Blinddarm-, Bruchoperationen) den Durchschnitt auf 16 Tage herabdrücken. Bei den Fachanstalten für Frauenleiden und Geburtshilfe beträgt die mittlere Verweildauer einschließlich Wöchnerinnen nur 13 Tage. Die überhaupt kleinste Zahl ist in unserer Tabelle bei den Kliniken für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten eingetragen (11 Tage, viele Kurzaufenthalte zur Tonsillotomie). Dagegen müssen die Tbc-Patienten durch

schnittlich  $3\frac{1}{2}$  Monate (112 Tage) stationär behandelt werden. Bei den psychiatrischen Heilanstalten des Stadtgebiets beträgt die Verweildauer nur deswegen bloß 5 Wochen (34 Tage), weil langwierigere Fälle vielfach nach Haar (München-Land) eingeliefert werden. Bei der nach Kostenträgern getrennten Berechnung der mittleren Verweildauer stehen die städt. Krankenhäuser an der Spitze (30 Tage mit und 27 ohne auswärt. Anstalten), was mit der langen Behandlungszeit in Tbc-Fachanstalten und -abteilungen (Kempfenhausen, Harlaching und Achatswies), aber auch mit der großen Zahl von sog. Pflegepatienten (z. B. im Krankenhaus Pappenheimstr., 46 Tage Verweildauer) zusammenhängt. Gegenüber den Jahren vor dem zweiten Weltkrieg hat die durchschnittliche Aufenthaltszeit nicht zugenommen (1937: 23 Tage).

Für die chronische Überbelegung unserer Krankenanstalten muß also ein anderer Grund — als der einer längeren Behandlungsdauer — geltend gemacht werden können. Es liegt die Vermutung nahe, daß die Krankenhausaufenthalte im Vergleich zu den Jahren vor dem Kriege zwar nicht länger, jedoch viel häufiger geworden sind. Für München ist dies allerdings schwer beweisbar, da in den Krankenhäusern der „zentralen Orte“ Patienten aus einem viel größeren Einzugsgebiet, als es die Stadt ist, behandelt werden. Es ist deshalb hier zweckmäßig, die Krankenhausstatistik von ganz Bayern zu Rate zu ziehen. Aus ihr ist zu ersehen, daß 1937 erst von je 14 Einwohnern einer in ein Krankenhaus eingeliefert wurde, während heute schon auf je 8 eine stationäre Klinikbehandlung entfällt. Demnach hätte sich in Bayern in 20 Jahren die Häufigkeit der Krankheitsfälle nahezu verdoppelt, und sicherlich dürfte dies auch für die Hauptstadt zutreffend sein. Es ist eben so, daß die Hausärzte und häufig auch Patienten heute meist viel rascher an Aufnahme in einer modern eingerichteten Klinik denken, wobei auf Seite des Kranken vielleicht auch der Glaube an die Wunder der Technik und Apparaturen eine Rolle spielt. Sind sämtliche Familienangehörige berufstätig, wie das heute oft der Fall ist, kommt ohnehin nur stationäre Pflege des

Erkrankten in Frage. Aber auch sofern dies nicht zutrifft, neigt man dazu, sich und anderen Aufregung zu ersparen, indem man Geburt, Krankheit und Tod in die sachliche Atmosphäre des Krankenhauses verlegt.

Im letzten Jahre haben in München 90% der neugeborenen Kinder das Licht der Welt in Entbindungssälen der Kliniken usw. erblickt, und nahezu zwei Drittel der Gestorbenen ihrer letzten Stunde im Krankenhaus entgegengesehen. Natürlich spielt bei der Mehrbelegung der Krankenhäuser auch die Tatsache, daß es mehr alte Leute gibt als früher, eine Rolle. Je mehr die einst unheilbaren Krankheiten vom Arzte geheilt werden können, desto mehr Krankenhausplätze werden benötigt, weil mit höherem Alter die Anfälligkeit für viele Leiden zunimmt. Nach statistischen Tafeln zur Beitragsberechnung in der Krankenversicherung werden die Einrichtungen der Krankenhäuser z. B. von einem 60- bis 65jährigen durchschnittlich 1,7mal mehr in Anspruch genommen als von einem 30jährigen. Im Falle Münchens ist ferner einschlaggebend, daß in größtem Umfange Kranke von auswärts aufgenommen werden müssen, und vielfach sind das gerade die schwersten und langwierigsten Fälle. Von den insgesamt 182000 Patienten, die 1957 in den Münchener Kliniken gepflegt und behandelt wurden, wohnten 129000 im Stadtgebiet selbst, während 53000 (29%) aus der Umgebung, z. T. aber auch aus sehr großen Entfernungen, zur stationären Behandlung nach München gekommen sind. Die höchste Quote auswärtiger Patienten haben einige Spezialkliniken, deren Fachrichtungen in den mittleren Städten meist nicht vertreten sind (Orthopäd. Klinik 64%, Psychiatrisch-neurologische Anstalten 73%). In den städt. Krankenhäusern betrug der Anteil der Nichtmünchner über 23%. Bei dieser Sachlage ist es verständlich, daß in München mit dem derzeitigen Bettenbestand — 11,8 je 1000 Einw. — nicht auszukommen ist. Eine wirklich ausreichende Krankenhausversorgung der Bevölkerung dürfte vielmehr 13 bis 14 Betten je 1000 Einw. zur Voraussetzung haben. Es muß demnach mit einem z. Z. noch ungedeckten Bedarf von rd. 2300 Krankenbetten ge-

rechnet werden. Einen ersten Schritt, sie zu bekommen, stellt das neueste Projekt des Krankenhausreferates der Stadtverwaltung dar. Es bezieht sich auf ein Eintausend-Betten-Haus, das in Großhadern auf dem gleichen Areal wie die Universitätskliniken und das Garnisonslazarett gebaut werden soll. Durch gemeinsam mit den staatlichen Behörden und der Bundeswehr zu errichtende Anlagen, Verteilung der Ausgaben für Geländeerschließung usw. dürfte eine wesentliche Verbilligung der Baukosten zu erzielen sein. Daß diese heute je Krankenbett mindestens 40000 DM betragen, wird für viele Leser sicherlich überraschend sein.

Selbstverständlich haben Staat, Gemeinden, private Organisationen usw. bei der Errichtung von Krankenhäusern schon immer erhebliche finanzielle Opfer auf sich nehmen müssen. Die laufenden Kosten haben aber sparsam wirtschaftende Betriebe früher in aller Regel mit den Verpflegungssätzen decken können. Leider kommt man jedoch von diesem erträglichen Zustand heute immer weiter ab. Die großstädtischen Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren fast überall zu ganz ausgesprochenen Zuschußbetrieben entwickelt. In München mußte 1956 die Stadt ihren Krankenhäusern rd. 8 Mill. DM Zuschüsse zahlen, d. s. je Tag und Patient 5,50 DM. Im laufenden Rechnungsjahr werden für den gleichen Zweck voraussichtlich schon über 10 Mill. DM nötig sein. Ähnlich ist die Situation bei den staatlichen Krankenhäusern, von denen nur die Orthopädische Klinik ihren Bedarf aus eigenen Einnahmen bestreiten kann. Von den frei-gemeinnützigen und den privaten Kostenträgern, die keine Steuermittel zur Deckung ihrer Defizite haben, wird seit langem eine Erhöhung der

Kassensätze bzw. die Gewährung öffentlicher Zuschüsse gefordert. Wenn sich demnächst die sog. Sozialreform den Problemen der Krankenversicherung zuwenden wird, dürfte die „Rentabilitätsfrage“ der Krankenanstalten eine der dringlichsten Aufgaben sein. Denn solange die Anstalten nicht einmal die Selbstkosten in angemessener Weise decken, stellen Krankenhauszuschüsse der öffentlichen Hand eine indirekte Subventionierung der Krankenkassen und somit eine „Verunklarung unserer Sozialrechnung“ dar.

Mit diesen wenigen Hinweisen finanzwirtschaftlicher Natur sind wir am Ende unserer kleinen statistischen Studie über das Krankenhauswesen der Landeshauptstadt angelangt. Leider konnte von dessen vielseitigen Leistungen nur ein sehr lückenhaftes Bild entworfen werden. So ist z. B. die Mitwirkung der Kliniken bei der Ausbildung von Ärzten nur ganz kurz gestreift, während ihre verschiedenen Aufgaben bei der Schulung des Nachwuchses für die Pflegeberufe überhaupt unerwähnt geblieben sind. Auch die zukünftigen Röntgen-, Diät-, med.-techn. Assistentinnen, Hebammen usw. müssen ihre Ausbildung wenigstens z. T. auf Krankenstationen und in klinischen Laboratorien absolvieren, so daß auch in dieser Hinsicht noch vieles nachzutragen wäre. Ferner ist darauf hinzuweisen, daß die Münchener Kliniken auch sehr viele Patienten ambulant behandeln, die ihnen z. T. von freipraktizierenden Ärzten zu Durchleuchtungen, Spezialuntersuchungen usw. überwiesen werden. Leider sind die ambulanten Fälle nicht in die Krankenhausstatistik einbezogen, so daß über sie keine Zahlen zur Verfügung stehen.

Dr. Schm.