

Kinderkrankenhaus "Im Borntal"

Bad Sachsa

Träger: Diakonissen-Mutterhaus "Kinderheil"

Bad Harzburg

Ärztlicher

JAHRESBERICHT

1952

Ärztliche Leitung: Dr. med. Fritz Wilhelm,

Facharzt für Kinderkrankheiten

V o r b e m e r k u n g

=====

Am 1. April 1952 wurde das Niedersächsische Landes-Kinderkrankenhaus von dem Diakonissen-Mutterhaus "Kinderheil", Bad Harzburg, übernommen und führt seitdem den Namen Kinderkrankenhaus "Im Borntal", Bad Sachsa.

Die Zweckbestimmung der Anstalt,- Pflege, Betreuung und Heilung an geschlossener Tuberkulose erkrankter Kinder - sollte beibehalten werden. Wegen der unklaren Besitzverhältnisse waren während der letzten Zeit nur notwendige Arbeiten in und an den Häusern ausgeführt worden, so daß umfangreiche Instandsetzungsarbeiten dringend erforderlich wurden. Das Ziel ist weit gesteckt, es sollen alle Häuser überholt und mit neuen Einrichtungen versehen werden.

Schon im Mai 1952 wurde mit dem Ausbau des freistehenden Hauses 7 begonnen. Um wohnliche Unterbringungsmöglichkeiten für das Personal zu schaffen, wurde das Dachgeschoß des Hauses neu ausgebaut und eingerichtet. Da die Belegung des Hauses mit Kindern bis zu 4 Jahren vorgesehen war, mußte auch da eine vollkommen neue Einrichtung, wie Kinderbetten, Mobiliar und Wäsche angeschafft werden. Im September 1952 war das Haus bezugsfertig und wurde mit Kleinkindern, und zwar Knaben, belegt.

Da die Röntgenabteilung und das Laboratorium in Haus 6 nicht mehr den Ansprüchen einer 200-Bettenanstalt entsprachen, sollten diese möglichst bald vergrößert und erweitert werden. Noch im Herbst 1952 wurde mit dem Um- und Ausbau des Hauses 6 begonnen; Röntgen und Labor wurden vorübergehend im Verwaltungsgebäude untergebracht. Die Arbeiten zur Umgestaltung des Hauses kamen bis Ende 1952 fast zum Abschluß. Die neue Röntgenanlage wurde angeliefert und soll nach Fertigstellung des Hauses und der umgebauten Röntgen- und Laborräume aufgebaut werden.

Die größte Sorge machte seit Jahren die Wäschereieinrichtung. Sie wurde schon bei Errichtung des Kinderkrankenhauses im Jahre 1945 als verbraucht bezeichnet. Häufig mußte wegen langwieriger Reparaturen die Wäsche zum Waschen nach außerhalb gegeben werden. Die Planung für eine neue Raumaufteilung und -einrichtung bestand daher seit vielen Jahren. Die Tatsache, daß nur eine unter modernen Gesichtspunkten eingerichtete Wäscherei hinsichtlich Hygiene und Wirtschaftlichkeit einem Krankenhausbetrieb gerecht wird, gab Anlaß, die bestehenden großen Mängel abzustellen. Dankbar wurde es begrüßt, daß in kürzester Frist eine völlig neue Wäschereianlage und -einrichtung mit den neuesten maschinellen Vorrichtungen - 2 Waschmaschinen, 1 Tümler, Zentrifuge, Heißmangel usw. - in den zweckmäßig aufgeteilten und ausgebauten hellen Räumen installiert wurde.

Als im Sommer 1952 durch Fäulnis ein großer Teil des Kartoffelbunkers zusammenbrach, war seine Benutzung völlig unmöglich geworden. Auch hier war während der letzten Jahre die Erneuerung des abgängigen Kartoffel- und Gemüsebunkers nicht ausgeführt worden. Es mußte deshalb schnell gehandelt werden, da andernfalls die herbstliche Einkellerung von Kartoffeln und Gemüse in Frage gestellt worden wäre. Trotz ungünstiger Witterung wurde die Herstellung des Bunkers, der in verschiedenen Abteilungen zur Lagerung von Gemüse, Obst und Kartoffeln luftig und trocken angelegt ist, zum gewünschten Termin durchgeführt.

So wurden in kurzer Zeit große bauliche Vorhaben bei gleichzeitig laufendem geordnetem Krankenhausbetrieb in aner kennenswerter Weise durchgeführt.

Allgemeiner Teil  
=====

Das Kinderkrankenhaus "Im Borntal" in Bad Sachsa, eine Heilstätte für an geschlossener Lungentuberkulose erkrankte Kinder, hat in 6 Häusern eine Gesamtbettenzahl für 200 Patienten. Die im Pavillonsystem erbauten Häuser sind nach Alter und Geschlecht getrennt unterschiedlich mit Kindern belegt. Der Heilstätte werden vorwiegend Kleinkinder zugewiesen.

Neben größeren Krankenzimmern sind in jedem Haus jeweils 3 kleine Zimmer, die nach Bedarf für schwerer kranke Kinder oder Isolierfälle benutzt werden.

Die Heilstättenbehandlung erstreckt sich über mehrere Monate. Deshalb muß eine rege Verbindung der Anstalt zum Elternhaus bestehen. Dies geschieht durch regelmäßige Arztberichte. Sie werden alle 6 Wochen mit dem letzten ärztlichen Untersuchungsergebnis und einer Stellungnahme zum Heilungsprozess und der körperlichen Weiterentwicklung des Kindes abgegeben. In Abständen von 14 Tagen erhalten die Eltern außerdem von der Stationschwester Berichte persönlicher Art. Gelegentlich der Elternbesuche finden Rücksprachen mit den Ärzten über das Befinden der Kinder statt.

Bei Kindern darf in der Allgemeinentwicklung auch die erzieherische Seite nicht unterschätzt werden. Erziehung, Ausbildung, Fortbildung und das Ausgleichen psychologischer Schwierigkeiten, besonders in der Pubertät, sind Fragen, denen sich die Ärzte sowie auch das Pflegepersonal besonders widmen.

Neben der pflegerischen Betreuung der Kinder sorgen entsprechend vorgebildete Kräfte für Unterhaltung und Kurzweil der Kleineren. Die größeren Kinder werden außerdem anhand ihrer mitgebrachten Schulbücher angeleitet. In jedem Haus besteht eine Kinderbücherei, die laufend erweitert wird. Ein Sommerfest brachte den Kindern Abwechslung und Freude am Mitgestalten.

A. Belegzahl

1. 4. 1952: 164 Kinder  
31. 12. 1952: 184 Kinder

Durchschnittliche Belegzahl der Häuser:

April	167,5 Kinder	September	188,5 Kinder
Mai	175,9 "	Oktober	179,5 "
Juni	176,3 "	November	172,6 "
Juli	188,7 "	Dezember	184,3 "
August	188,7 "		

B. Personelles

	Bestand 1.4.52:	ab:	zu:	Bestand 1.1.53:
1. Leiter und Chefarzt	2	-	-	2
2. Assistenzärzte	1	-	1*	2 <sup>++</sup>
3. Laborantin	1	1	1	1
4. Mutterhaus-Schwestern	15	6	7	16
5. Freie Schwestern	14	9	8	13
6. Kindergärtnerinnen	1	3	9	7
7. Kinderpflegerinnen				
8. Büroangestellte	1	-	-	1
9. Haus- u. Küchenpersonal	22	11	19	30
10. Männl. Angestellte	3	1	1	3
	60	46	31	75

( + Am 1.7.52 trat Frl. Thea Winterling zur Ableistung ihres Pflichtassistentenjahres hier ein.

++ einschließlich Pflichtassistentin)

Am 30. 4. 1952 wurde die Laboratoriumschwester Alma Westphal nach Norderney abberufen und die Röntgenabteilung und das Labor von Schwester Gertrud Paul übernommen.

Die Apotheke wird von der Labor-Schwester verwaltet.

Die vorgeschriebenen Einstellungs- und Kontrolluntersuchungen, sowie die Röntgenüberwachung des Personals wurden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. Dabei wurden in zwei Fällen aktive Lungen-

befunde festgestellt und einer Heilstättenbehandlung zugeführt.

Die laufenden Stuhl- und Urinuntersuchungen auf pathogene Keime ergaben keinen Befund.

Bei Erkrankung des Hauspersonals werden nach freier Wahl die praktischen Ärzte von Bad Sachsa hinzugezogen.

Erforderliche Zahn-, Augen- und chirurgische Behandlung der Kinder wird von den ortsansässigen Fachärzten übernommen.

Spezieller Teil  
-----

In der Zeit vom 1. 4. 1952 bis 31. 12. 1952 wurden 376 Kinder wegen Lungentuberkulose behandelt, und zwar

Knaben 196

Mädchen 180

davon entlassen 192

laufende Kuren 184

Die Entsendestellen für diese Kinder sind:

LVA Hannover

LVA Braunschweig

Nieders. Landessozialamt

Seekasse Hamburg

Hannoversche Knappschaft

Deutsche Bundesbahn

Versorgungsamt II, Hannover

Die Kinder werden zu etwa 80 % von der Landesversicherungsanstalt Hannover eingewiesen. Die Einweisungsunterlagen werden in der LVA von dem Fachvertrauensarzt vor Genehmigung des Heilverfahrens überprüft. Antragsteller für das Heilverfahren sind zumeist Lungenfürsorgestellen oder Krankenhäuser. Alle Kinder wurden bei einer derartig sorgfältigen Überprüfung mit aktivem Lungenbefund eingewiesen. Die Testproben auf Tuberkulose sind bei allen Kindern positiv.

Die nachstehende Aufstellung zeigt, daß fast die Hälfte der Kinder aus geschlossenen Anstalten zur Weiterbehandlung überwiesen wird.

Behandelte Kinder	376
eingewiesen aus Krankenhäusern	157
" aus Heilstätten	16
" aus dem Elternhaus	203

Wie allgemein bekannt, spielt die familiäre Belastung der Kinder bei der Tuberkulose eine wesentliche Rolle. Ein direkter Kontakt mit erkrankten Eltern oder in der Hausgemeinschaft lebenden Familienangehörigen hat zu einer Tuberkuloseinfektion bei 187 Kindern = 50 % geführt. Bei Überprüfung des häuslichen Milieus mußte festgestellt werden, daß 107 Kinder in denkbar schlechten Verhältnissen leben = 35,1 %. Bei einem nicht unerheblichen Teil der Kinder sind ungünstige häusliche Verhältnisse für die Entstehung der Tuberkulose mit verantwortlich zu machen (Barackenwohnung, Flüchtlingselend).

T u b e r k u l o s e f o r m e n  
=====

1. Tumorige Hilusdrüsentuberkulose	=	36
2. Hiläre Formen mit perihilären Streuungen	=	104
3. Infiltrative Tuberkulose	=	216
4. Pleuritis exsudativa	=	14
5. Meningitis tuberculosa	=	5
6. Andere Drüsentuberkulose	=	1
		<hr/>
		376

Aufteilung der Tuberkuloseformen nach Alter:

	<u>bis 4 J.</u>	<u>bis 10 J.</u>	<u>über 10 J.</u>
Tumorige Hilusdrüsentuberkulose	21	11	4
Perihiläre Streuungen	56	31	17
Infiltrative Tuberkulose	147	45	24
Pleuritis exsudativa	3	4	7
Meningitis tuberculosa	3	2	-
andere Drüsentuberkulose	-	-	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	230	93	53

Von den etwa zweidrittel Patienten im Kleinkindesalter wird ein großer Teil mit deutlichen Zeichen einer überstandenen schweren Rachitis eingewiesen. Außerdem ist ein hoher Prozentsatz von lymphatischer Konstitution und demzufolge infektlabil. Das erklärt die oftmals verzögerte Heilung.

#### Vorbehandelte Kinder

Die aus geschlossenen Anstalten eingewiesenen Kinder hatten z.T. schon ein oder mehrere Heilverfahren durchgemacht. Von diesen Kindern waren, wie sich aus der nachstehenden Aufstellung ergibt, mit chemotherapeutischen Mitteln vorbehandelt:

mit Streptomycin	37
mit Neoteben	19
mit PAS	54
mit Conteben	15

Davon mußten bei uns noch 41 Kinder weiter mit Antibiotika behandelt werden.

#### T h e r a p i e

=====

Wie alle Heilstätten, so hat auch das Kinderkrankenhaus "Im Borntal" seine Erfahrungen hinsichtlich des Klimareizes gemacht. Diesem ist neben einer medikamentösen Behandlung, die auch jetzt noch an zweiter Stelle bei der Behandlung der einfachen, nicht bedrohlichen Tuberkuloseformen steht, der Vorrang zu geben. Auch in Bezug auf Anwendung der spezifischen Medikamente haben die einzelnen Heilstätten Beobachtungen gemacht, die mehr oder weniger unter dem klimatischen Einfluß der Heilstätte gewertet werden müssen.

Die Freiluftbehandlung wird nicht vom ersten Tag an durchgeführt. Auch bei leichteren Lungenbefunden wird zur Milderung des Klimareizes dem Patienten erst einmal kurzfristig Bettruhe verordnet. Besteht ein frischer oder progredienter, fieberhafter Lungenprozess, so wird strenge Bettruhe durchgeführt. Erst bei normalen Temperaturen und nicht mehr fortschreitendem Befund setzt die Ruhebehand-

lung auf der Liegehalle ein, die zunächst stundenweise und später auf längere Zeit ausgedehnt wird. Erst bei Stabilisierung des Krankheitsprozesses wird auch dem Bewegungsbedürfnis der Kinder durch Spaziergänge und Spiel im Freien Rechnung getragen.

Unter diesen Maßnahmen zeigen sich ganz auffällige Veränderungen im Blutstatus, so daß z.B. anfangs hohe Blutsenkungswerte nach vier Wochen abfallen, während niedrige Werte nach etwa zwei bis drei Wochen zunächst ansteigen, um dann erst wieder zur Norm abzusinken. Im allgemeinen ergibt sich eine Normalisierung der Blutsenkungsreaktion während der Kurdauer, wie die nachstehenden Ausführungen zeigen:

Diagnose:	Kuranfang		Kurende	
	erhöht	normal	erhöht	normal
Tumor. Hilusdrüsentbc.	8	17	4	21
Perihiläre Streuungen	28	17	12	33
Infiltrative Tuberkulose	79	35	21	93
Pleuritis exsudativa	8	-	3	5
andere Drüsentuberkulose	1	-	-	1

Die sekundären Anämien als Begleiterscheinung der Tuberkuloseerkrankungen erweisen sich bei langdauernden Prozessen als ziemlich hartnäckig. Durch medikamentöse Unterstützung kommt es aber in der Regel mit Besserung des Lungenbefundes zu einem Anstieg des Hämoglobinwertes und der Erythrozytenzahl.

Neben Freiluftliegekuren, der üblichen angereicherten und obstreichen Kost und sonstigen roborierenden Maßnahmen werden den Kindern laufend Vitaminpräparate und Lebertran verabreicht.

Antibiotika wurden bei allen Kindern mit ausgedehnten Befunden, die eine Streuung und einen ungünstigen Ausgang erwarten ließen, angewendet.

Spezifische und medikamentöse Therapie:

Streptomycin bei	44 Kindern	Conteben bei	3 Kindern
Neoteben "	130 "	Strept. + Neoteb.	14 "
PAS "	26 "	Supracillin bei	5 "



K ó m p l i k a t i o n e n  
=====

A. Konstitutionell bedingte Erkrankungen

Spastische Bronchitiden	29
Asthma bronchiale	5
Bronchiektasen	5

Durch das milde Mittelgebirgsklima und unterstützt durch medikamentöse Therapie und Inhalationen konnten bei den beiden erstgenannten Komplikationen gute Erfolge erzielt werden; vorübergehende Besserung trat ein bei den bronchiektatischen Veränderungen durch Supracillin.

B. Spezifische Komplikationen

a) Aktivierungen	14
b) Atelektasen	2
c) Conjunctivitis phlyct.	2
d) Meningitis tbc.	5

Zu a) Im Verlauf der Kur kam es nach vorübergehender Besserung bei 14 Kindern zu einer Aktivierung. Es bildeten sich in 9 Fällen Infiltrate aus, während bei 5 Kindern Pleuritiden auftraten. Erwähnenswert ist, daß in 8 Fällen diese Aktivierungen unter Verabreichung von spezifischen Heilmitteln auftraten, und zwar zweimal nach PAS, einmal nach Streptomycin und fünfmal unter Neoteben-Behandlung. Die nach Streptomycin aufgetretene Aktivierung (Pleuritis) kam unter konservativer Behandlung zur Rückbildung, während die anderen Kinder Streptomycin bekamen. Dadurch gelang es, den Prozess zur Rückbildung und Inaktivität zu bringen.

Zu d) Über die Entstehung der Meningitiden ist zu sagen, daß 2 Fälle (bei einem vierjährigen und einem achtjährigen Mädchen) im Anschluß an eine miliare Streuung auftraten; die Kinder wurden mit diesem Befund eingeliefert. In einem Fall (dreijähriger Knabe) kam es bei einem ausgedehnten infiltrativen Prozess zur Streuung in die Meningen. Ein weiterer Fall betrifft einen einjährigen Jungen,

schwer rachitisch und mit spasmophiler Diathese, der wegen einer aktiven doppelseitigen Hilusdrüsentbc. zu uns kam. Der fünfte Fall ist ein dreijähriges Mädchen, das hier ein Meningitisrezidiv durchmachte. Bei einem Kind gelang der Tuberkelbazillennachweis im Liquor.

Die Streuungen in die Meningen wurden in allen Fällen medikamentös beherrscht. Unter intrathekaler und intramuskulärer Verabreichung von Streptomycin und oralen Gaben von Neoteben wurden die Befunde klinisch o. B.

### C. Intercurrente Erkrankungen

1. banale Infekte der oberen Luftwege	
2. Angina follicularis	17
3. Angina lacunaris	4
4. Askariden	6
5. Appendizitische Reizung	1
6. Acetonämisches Erbrechen	2
7. Bronchopneumonien	15
8. Bronchitis	23
9. Bandwurm	1
10. Cystopyelitis	1
11. Cystitis	1
12. Conjunctivitis	7
13. Comotio cerebri	1
14. epileptiforme Anfälle	2
15. Enteritis	3
16. Furunkulose	2
17. Nasenfurunkel	3
18. Stirn- furunkel	1
19. Feer'sche Krankheit	1
20. Gesichtsekzem, allergisch	2
21. Grippaler Infekt	3
22. Gastritis, hypacid	1
23. Hepatitis	2
24. Herpes zoster	2
25. Hyperthyreose	2
26. Infraktion des Radäus	1

27. Lymphadenitis	9
28. Neurodermitis	1
29. Nephritis	1
30. Otitis media	12
31. Oxyuren	2
32. Pfeiffersches Drüsenfieber	1
33. Psoriasis	1
34. Poliomyelitis acuta ant.	13
35. Stomatitis	4
36. Strophulus	3
37. Scarlatina	8
38. Struma	2
39. Sinusitis	1
40. Tonsillitis chronica	2
41. Wespenstich	2
42. Varizellen	36

Neben den üblichen therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung der intercurrenten Erkrankungen hatte ein Teil infolge des gleichzeitigen Ablaufs mit der tuberkulösen Erkrankung einen schweren Charakter, so daß Penicillin und Sulfonamide gegeben werden mußten.

Penicillin	78 mal
Sulfonamide	50 mal

Poliomyelitis acuta ant.:

Da in das Kinderkrankenhaus "Im Børntal" Kinder aus ganz Niedersachsen (einschl. Braunschweig) eingewiesen werden, blieb im Sommer 1952 leider unsere Heilstätte von der Poliomyelitisepidemie auch nicht verschont. Die ersten Fälle traten in Haus 1 auf. Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen war es nicht zu verhindern, daß die Infektion weiter um sich griff und auch andere Häuser befallen wurden. 13 Kinder, davon 5 mit schweren cerebralen Symptomen, wurden in die Universitäts-Kinderklinik Göttingen verlegt. Von diesen 13 Kindern starben von 5 in die Eiserne Lunge verbrachten Kindern 3 an zentraler Atemlähmung. Periphere Lähmungen wurden bei 6 Kindern beobachtet.

Durch das Übergreifen der Poliomyelitiserkrankung auf 4 Häuser wurde eine vorübergehende Aufnahmesperre durchgeführt. Alle Häuser waren während dieser Zeit streng in sich isoliert. Für das gesamte Krankenhaus wurde eine Besuchersperre angeordnet.

Während der Epidemiezeit wurde allen Kindern Gamma-Globulin injiziert und hohe Vitamin B -Dosen per os gegeben. Da keine neuen Fälle von Poliomyelitis auftraten, konnten ab 15. November 1952 wieder Kinder aufgenommen werden.

Während der Zeit der Isolierung ruhte auch der Röntgenbetrieb. Poliomyelitiserkrankungen bei Pflege- und Hauspersonal sowie bei Ärzten traten nicht auf.

K u r e r f o l g e

=====

Durchschnittliche Gewichtszunahmen nach Alter, Geschlecht und Erkrankung. (Zahlen in kg)

	bis 4 J.		bis 10 J.		über 10 J.	
	K.	M.	K.	M.	K.	M.
Tumorige Hilusdrüsentbc.	1,2	1,3	1,7	2,9	3,7	-
Perihiläre Streuungen	1,8	1,0	1,8	3,0	4,5	4,5
Infiltrative Tuberkulose	2,2	1,7	3,8	3,4	10,5	6,8
Pleuritis exsudativa	2,0	1,3	-	4,7	6,1	-
Meningitiden tbc.	1,1	1,0	-	-	6,1	-
sonstige Drüsentbc.	-	-	-	-	-	6,7

Durchschnittliche Gewichtszunahmen:

Kinder bis 4 Jahre	Knaben	1,5 kg
	Mädchen	1,2 "
Kinder bis 10 Jahre	Knaben	2,4 "
	Mädchen	3,5 "
Kinder über 10 Jahre	Knaben	6,2 "
	Mädchen	6,0 "

Zahl der untergewichtigen Kinder:

	bis 4 J.	bis 10 J.	über 10 J.
Tumorige Hilusdrüsentbc.	9	1	-
Perihiläre Streuungen	14	8	4
Infiltrative Tuberkulose	65	18	6
Pleuritis exsudativa	1	1	2
Meningitis tbc.	3	-	-

Durchschnittliche Gewichtszunahme der untergewichtigen Kinder, beurteilt bei den entlassenen:

	bis 4. J.	bis 10 J.	über 10 J.
Tumorige Hilusdrüsentbc.	1,3 kg	3,4 kg	-
Perihiläre Streuungen	1,38 "	3,0 "	3,9 kg
Infiltrative Tuberkulose	2,07 "	3,6 "	8,5 "
Pleuritis exsudativa	- "	- "	2,9 "
Meningitis tbc.	1,0 "	- "	- "

Kurdauer, beurteilt bei den entlassenen Kindern:

	bis 4 J.	bis 10 J.	über 10 J.
Tumorige Hilusdrüsentbc.	4,9 Mon.	7,7 Mon.	11,0 Mon.
Perihiläre Streuungen	5,4 "	5,7 "	5,1 "
Infiltrative Tuberkulose	9,6 "	11,2 "	8,8 "
Pleuritis exsudativa	9,0 "	9,0 "	6,8 "
Meningitis tbc.	- "	19,0 "	- "
andere Drüsentuberkulose	- "	- "	3,0 "

In der Zeit vom 1.4.52 bis 31.12.52 wurden entlassen: 192 Kinder

Mit inaktivem Befund als klinisch geheilt: 167 Kinder = 80,6 %

Vorzeitig entlassen, auf Wunsch der Eltern, wurden 9 Kinder; bei diesen war der Befund in Rückbildung, aber noch nicht als inaktiv anzusehen. Bei 2 Kindern war der Lungenbefund bei der Entlassung stationär, es wurde eine Wiederholungskur angeraten. 14 Kinder wurden in andere Kliniken verlegt, davon 13 wegen Poliomyelitis und 1 Kind, bei dem die Differentialdiagnose Poliomyelitis / Meningitis-Rezidiv zunächst nicht einwandfrei geklärt werden konnte. Nach dem abschließenden Befund handelte es sich um ein Meningitis-Rezidiv.

L a b o r a t o r i u m

Ganze Blutbilder	1835
Liquoruntersuchungen (Zellzahl und Eiweiß)	98
Liquorzucker	32
Blutzucker	71
Cadmium-Probe	67
Stuhluntersuchungen	3
Magensaftuntersuchungen	2
Urine	2960
Rachenabstrich auf Diphtherie	6
Nasenabstrich " "	6
Blutsenkungen	1386
Lumbalpunktionen	113
Infusionen	148

R ö n t g e n

Röntgenaufnahmen	1000
Röntgendurchleuchtungen	1458

R ü c k b l i c k  
=====

Als Kindererholungsheim wurde die Anlage in den Jahren 1936/37 von der Daniel Schnackenber-Stiftung, Bremen, geschaffen. Die Häuser waren noch nicht ganz fertig, als die Übernahme des Komplexes durch die NSV Gau Weser-Ems erfolgte, die sie in den folgenden Jahren bis 1944 für Zwecke der Kindererholungsverschickung, und zwar für Sommerkuren, verwandte. 1944 wurde die Anlage von der Wehrmacht beschlagnahmt.

Nach der Wehrmachtbenutzung und der anschließenden Unterbringung von Flüchtlingen zeigten die ausgeplünderten Häuser ein trostloses Bild der Verwüstung. Im Juni 1945 wurde der von der amerikanischen Besatzungsmacht als NSV-Eigentum beschlagnahmte Komplex über das Gesundheitsamt Nordhausen dem Kinderfacharzt Dr. Wilhelm zur Errichtung einer Kinderklinik überlassen.

Es war ein weiter Weg, bis das Land Niedersachsen im November 1945 die Trägerschaft für das zum Teil in Betrieb gesetzte Kinderkrankenhaus übernahm.

Ermöglicht wurde die Inbetriebnahme nur dadurch, daß das Personal und klinische Material des total zerstörten Dresdener Kinderkrankenhauses durch die unerbittliche Grenzziehung trotz Verhandlungen nicht nach Dresden zurückkonnten. So wurde denn ein kinderklinischer Betrieb mit ausgesuchtem Pflegepersonal des Ev. Diakonie-Vereins Berlin-Zehlendorf, mit Schwesternschule und gutem Ärztestab in dem Grenzstädtchen Bad Sachsa errichtet. Mit sehr gutem Ergebnis wurden in der Schwesternschule zwei Examen abgehalten.

Da die Bettennot für tuberkulosekranke Kinder immer mehr anstieg, mußte schließlich die Interne Abteilung zugunsten der tuberkulosekranken Kinder geräumt werden. Damit war auch das Ende des Schulbetriebes gegeben. Der Ev. Diakonie-Verein zog seine Schwestern von diesem Arbeitsplatz zurück. In der folgenden Zeit arbeiteten Schwestern des Agnes Karll-Verbandes hier.

Während der schweren Nachkriegsjahre wurden soweit möglich Instandsetzungen in und an den Häusern, Ausbauten und die Wiederherstellung der Kanalisation, der Umfriedung, die Beschaffung von Wäsche und Einrichtungsgegenständen und klinischem Material vorgenommen. Es wurden auch eine Röntgenanlage und ein Laboratorium eingerichtet, so daß das Krankenhaus bald einen in Niedersachsen guten Ruf erworben hatte.

Die Höchstbelegungszahl war von der zuständigen Gesundheitsbehörde mit 180 Patienten festgelegt worden.

Da die Eigentumsfrage über die Anlage unklar war, mußte zwischenzeitlich zunächst eine recht unerfreuliche Stagnation hinsichtlich des weiteren Aufbaues der Häuser und ihrer technischen Einrichtungen eintreten. Durch eine Entscheidung des Oberlandesgerichts in Celle wurde der Daniel Schnackenberg-Stiftung in Bremen die Anlage als Eigentum zugesprochen. Da der Betrieb, als Gesundheitsbetrieb, ein Zuschußgebiet für den Staat bedeutete, wurde er am 31.3.1952 vom Land Niedersachsen abgegeben, und von dem Diakonissen-Mutterhaus "Kinderheil", Bad Harzburg übernommen.