

# Siechenhäuser und Altersheime.

Von FRANZ GOLDMANN, Berlin.

## I. Allgemeiner Teil.

1. Wesen und Ziele des Bewahrungswesens. Die Siechenhäuser und Altersheime gehören in ein sozialhygienisches Arbeitsgebiet, für das man früher die Bezeichnung „Asylwesen“ gebrauchte. In neuerer Zeit bürgert sich der Ausdruck „*Bewahrungswesen*“ ein. Die Bewahrung ist eine *fürsorgerische Bestrebung* zur Vorbeugung gegen Verwahrlosung oder Verwahrlosungsgefahr. Sie bezweckt, Personen, die sich in der freien Gesellschaft wirtschaftlich, geistig oder sittlich nicht behaupten oder anpassen können, — also hauptsächlich die passiven Naturen in der Gesellschaft — durch geeignete Maßnahmen, vorzugsweise durch *Dauerunterbringung in Anstalten*, vor sich selbst und damit die Gesellschaft vor ihnen zu schützen. In erster Linie dient sie also dem Gefährdeten unmittelbar und sucht zu verhindern, daß er vollends zugrunde geht, sei es, daß seine Rückführung zur Norm des sozialen Menschen erstrebt wird, sei es, daß man unter Vermeidung unnötiger Aufwendungen dauernd für ihn sorgt. Eine mittelbare Wirkung, die durch die Bewahrung ausgelöst wird, ist der Schutz der Gesellschaft.

Im Gegensatz zur Bewahrung versteht man unter *Verwahrung* Maßnahmen zur Ergänzung des Strafrechts, die dem Richter neben oder statt der Strafe auch die Möglichkeit der Sicherung der Gesellschaft gegen weitere Angriffe auf strafrechtlich geschützte Güter geben sollen, sobald dauernde Unheilbarkeit mit kontrasozialem Verhalten zusammentrifft. Ihr Ziel ist in allererster Linie der Schutz der Gesellschaft. Es liegt im Wesen der für die Dauerunterbringung in Betracht kommenden Erkrankungsformen, daß gelegentlich einmal die Bewahrung die Vorstufe der Verwahrung sein kann.

Im Zusammenhang mit der allgemeinen Krankenanstaltspolitik erhält das Bewahrungswesen dadurch besondere Bedeutung, daß es durch *wirtschaftliche Pflegeweise* eine Kostenersparnis für die Gesamtwirtschaft anstrebt. Verfahren und Form dieser Fürsorge vermeiden es, im Gegensatz zu den Verwahrungsanstalten, ohne zwingendsten Grund in die persönliche Freiheit einzugreifen.

**2. Zweckbestimmung der Bewahrungsanstalten.** Um für den einzelnen die passende Form der Fürsorge zu finden und alle Anstaltstypen möglichst zweckmäßig auszunutzen, ist es notwendig, die *Zweckbestimmung* der Siechenhäuser und Altersheime genau zu umschreiben, ungeachtet dessen, daß mancherlei Übergänge vorhanden sind und besonders in kleineren Verhältnissen auch räumlich derartige Unterscheidungen nicht scharf durchführbar sind.

*Das Siechenhaus dient der dauernden Unterbringung solcher chronisch Kranken (Siechen) und hochgradig Altersgebrechlichen, die dauernder ärztlicher Überwachung und ständiger Pflege durch ärztliches Hilfspersonal bedürfen. Es ähnelt in Anlage, Einrichtung und Betrieb dem Krankenhaus und gehört zu den Anstalten der gesundheitlichen Fürsorge.*

*Das Altersheim gibt erwerbsunfähigen, alten Personen ohne wesentliche Krankheitserscheinungen dauernd Obdach und Verpflegung. Es ahmt in Anlage, Einrichtung und Betrieb den Familienhaushalt nach und gehört zu den Anstalten der wirtschaftlichen Fürsorge.*

Von den Krankenhäusern unterscheiden sich die Siechenhäuser im wesentlichen in folgenden Punkten: 1. Im Vordergrund steht die Pflegebedürftigkeit der Insassen. 2. Der Bedarf an ärztlicher Hilfe und an sachlichen Aufwendungen ist geringer und dementsprechend die Einrichtung wesentlich einfacher, der Betrieb nicht unerheblich billiger. 3. Der Aufenthalt ist zeitlich nicht beschränkt, er erstreckt sich über viele Jahre, meist bis zum Lebensende. 4. Die Pfleglinge werden systematisch zur Beschäftigungsbehandlung herangezogen. 5. Es werden auch eugenische Bestrebungen gefördert, indem durch Ausschaltung einer Reihe anbrüchiger Personen von der Fortpflanzung die Weitergabe solcher Eigenschaften im Erbange verhütet werden kann, die die Menschen asozial oder kontrasozial machen.

Zu den Irrenanstalten sind mannigfache Berührungsf lächen vorhanden, wenn auch dort neben dem Pflegezweck der Heilzweck eine recht erhebliche Rolle spielt.

Die Arbeitshäuser unterscheiden sich als Sonderanstalten zur Bekämpfung von Bettel, Landstreicherei und Arbeitsscheu Gesunder völlig in ihrer Einrichtung, Betriebsführung und den Zielen von den Siechenhäusern und Altersheimen.

Die Armenhäuser sind durch die strenge Bindung an den Nachweis der Hilfsbedürftigkeit im fürsorgerechtlichen Sinne, die Einfachheit der Einrichtung und des Betriebes wie der meist auf die Gewährung von Obdach und Verpflegung begrenzten Leistung

eine primitive Vorstufe neuzeitlicher Siechenhäuser und Altersheime.

**3. Notwendigkeit von Siechenhäusern und Altersheimen.** Geschlossene und offene Fürsorge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sind bei der heutigen Organisationsform an bestmöglicher Leistung gehindert, da sie mangels einer Reihe zum Bewahrungswesen gehörender Einrichtungen nicht wirkungsvoll und zweckmäßig arbeiten können. Die *offene Fürsorge* leidet darunter, daß auf zahlreichen Fachgebieten zwar quantitativ und qualitativ genügende Einrichtungen zur vorbeugenden Fürsorge, zur Behandlung und Heilung, zur Berufsertüchtigung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit vorhanden sind, nicht dagegen zur Pflege und Bewahrung. Dies gilt besonders für die Bekämpfung der Tuberkulose, der Rauschgiftsuchten, der geistigen Anomalien und die Sorge um die körperlichen Gebrechen. Die *geschlossene Fürsorge* wiederum ist bisher nicht genügend nach den verschiedenen Zwecken differenziert. Aus dieser Lückenhaftigkeit des Anstaltswesens ergibt sich, daß noch vielfach das allgemeine Krankenhaus als ein Allheilmittel gegen jegliche Nöte physischer, psychischer, häuslicher oder wirtschaftlicher Art gilt. So kehrt in der Praxis die Erscheinung immer wieder, daß die hochwertigen und teuren Krankenhäuser im Winter in nicht unerheblichem Maße durch Stadtbummler, welche den Sommer über landstreichen, besetzt sind und während des ganzen Jahres von pflegebedürftigen, chronisch körperlich Kranken und Altersgebrechlichen in sehr hohem Maße in Anspruch genommen werden. Die Zeiten des Währungsverfalls erbrachten für die Tatsache, daß die Bevölkerung Krankenanstalten nicht allein aus medizinischen Gründen in Anspruch nimmt, zahlreiche neue Beweise, so daß man damals geradezu von einer Flucht des unwirtschaftlichen und erwerbsunfähigen Teiles der Bevölkerung in das Schutzdasein der Krankenhäuser sprechen konnte. An der gleichartigen Tendenz dreier Kurven — Zahl der unterstützten Erwerbslosen, Belegung des städtischen Obdachs und Frequenz der Krankenhäuser — konnte im Jahre 1923 GOLDMANN hierfür auch statistische Belege beibringen und kam in einer Reihe weiterer Arbeiten, ebenso wie früher bereits GOTTSTEIN, GROBER, GROTJAHN u. a. zur Forderung, gerade dem Ausbau der Anstalten mit Pflegezweck erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Beurteilung, ob Anstalten zur Dauerunterbringung notwendig sind, stützt sich auf Beobachtungen über den Aufbau und die Bewegung der Bevölkerung im Deutschen Reich. Im Mittelpunkt aller Überlegungen steht die Tatsache der zunehmenden

*Überalterung.* Die seit dem Jahre 1872 bis in den Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts hinein bei ständig absinkender Säuglingssterblichkeit fortgesetzt steigende Geburtenzahl, der sich unvermittelt daran anschließende scharfe Geburtenrückgang bis zum Kriege, der Geburtenausfall während des Krieges und der unaufhaltsam sich fortsetzende Geburtenrückgang in der Nachkriegszeit, endlich die Verluste an wehrfähigen Männern haben zusammengewirkt, um bereits jetzt sehr erhebliche *Verschiebungen in der Altersgliederung* des deutschen Volkes herbeizuführen. Denkt man sich den Altersaufbau in der Form einer Pyramide dargestellt, so ist nach dem Ergebnis der Volkszählung vom Jahre 1925 die Basis der Alterspyramide gegenüber den früheren Zeiten wesentlich schmaler geworden, während sich die Spitze immer mehr verbreitert. Diese Anhäufung alter Leute in der Bevölkerung muß sich in den nächsten Jahrzehnten in dem Umfange verstärken, in dem die vor der Jahrhundertwende geborenen Personen das höhere Alter erreichen. Während im Deutschen Reiche 1871 etwa 3 149 754 Personen im Alter von über 60 Jahren vorhanden waren, ist ihre Zahl im Jahre 1910 auf 5 100 000, im Jahre 1925 auf 5 759 916 angestiegen. Einem Anteil von 7,5 über Sechzigjähriger auf 100 der Gesamtbevölkerung steht also im Jahre 1910 ein Anteil von 7,8 und im Jahre 1925 bereits von 9,3 gegenüber. Nach vorsichtiger Schätzung kann man für das Jahr 1930 mit einer Quote von 10,7, für das Jahr 1940 mit einer solchen von etwa 13,0 rechnen. Neben der Veränderung des Altersaufbaus spielt auch die *Veränderung des Familienstandes* eine wesentliche Rolle. Die Volkszählung vom Jahre 1925 zeigt, daß gegenüber dem Jahre 1910 der Anteil der ledigen Frauen gestiegen, die Verwitwetenzahl bei den Frauen der mittleren Jahrgänge erhöht ist und zahlreiche Geschiedene aus den jüngeren Altersklassen vorhanden sind. Außer den Veränderungen des Bevölkerungsaufbaus ist schließlich eine tatsächliche *Besserung der Sterblichkeit* in den Altersklassen von wesentlicher Bedeutung. Nach den allgemeinen deutschen Sterbetafeln 1924—1926 ergibt sich eine allgemeine Sterbeziffer von  $17,4^0/_{00}$  gegenüber  $21,5^0/_{00}$  für 1901—1910. Die Tribute an den Tod sind also nicht unerheblich geringer als früher. Im Gegensatz zu den früheren Zeiten hat sich heute auch die Sterbewahrscheinlichkeit bei beiden Geschlechtern in den Greisenaltern merklich verringert, und endlich ist in den Altern von fünfunddreißig bis fünf- undsechzig bei den Männern ein viel schnelleres Sinken der Sterblichkeit als bei den Frauen, verglichen mit früheren Erhebungen, festzustellen.

Die *Folgen* dieser Bevölkerungsvorgänge sind bereits jetzt deutlich nachweisbar. Auch vor 15 Jahren reichten die Anstalten für den Pflegezweck weder zahlenmäßig aus, noch konnten ihre Leistungen im allgemeinen höheren Ansprüchen genügen. Der vermehrten Nachfrage gegenüber versagten diese Einrichtungen völlig. So drängen sich zahlreiche, nur pflegebedürftige Personen in den Krankenhäusern zusammen. Bereits im Jahre 1923 wurde im Berliner Krankenhaus am Friedrichshain festgestellt, daß jeder sechste Mensch, der eingeliefert wurde, älter als sechzig Jahre war, auf der inneren Station des Berliner Rudolf-Virchow-Krankenhauses standen sogar fast 24% aller Neuaufnahmen im Greisenalter. Bei einer Untersuchung, die gelegentlich der Volkszählung vom 16. Juni 1925 bei insgesamt 10 651 Kranken (4730 Männern und 5921 Frauen) in 25 verschiedenen Berliner städtischen, staatlichen oder privaten, gemeinnützigen allgemeinen Krankenhäusern unter Ausschluß von Sonderanstalten gemacht wurden, waren nicht weniger als 1534 Kranke = 14,40% über 60 Jahre alt, also in demjenigen Abschnitt des menschlichen Lebens, den man wenigstens bei der hier vornehmlich in Betracht kommenden handarbeitenden Bevölkerung als die Zeit der Unproduktivität bezeichnet. Ähnliche Beobachtungen sind auch in anderen Städten, so besonders in München (Krankenhaus Schwabing) gemacht worden, so daß man vielfach die Klage hört, die Krankenhäuser seien zu Siechenanstalten geworden. Gegenüber den Verhältnissen um die Jahrhundertwende ist der *Anteil der Greise* in den Krankenhäusern aber keineswegs prozentual der veränderten Altersbesetzung, sondern darüber hinaus *progressiv angestiegen*. Noch in den Jahren 1897—1900 rechnete man mit einer Quote von 6,8% Übersechzigjähriger bei den Aufnahmen. Als Begleiterscheinung dieser starken Beanspruchung der Krankenanstalten durch alte Leute hat sich die *durchschnittliche Aufenthaltsdauer* in zahlreichen Krankenhäusern, insbesondere auf den inneren Stationen, *verlängert*. Infolge des geringeren Wechsels der Patienten leidet die *Aufnahmefähigkeit* der Krankenhäuser, und die *Bettennot*, über die vielfach geklagt wird, verstärkt sich in quantitativer Beziehung. Aber auch in qualitativer Hinsicht sind Rückwirkungen vorhanden. Es entsteht ein auffallendes Mißverhältnis in der Benutzung von Krankenanstalten durch die Bevölkerung je nach der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Familienstand. Die Verheirateten sind unverhältnismäßig sehr viel seltener als die Ledigen gleichen Alters und auch noch viel seltener als die gleichaltrigen Verwitweten oder Geschiedenen in Anstaltspflege. Die nachfolgenden Zahlen (Tabellen 1 und 2), die

bei der bereits erwähnten Untersuchung in Berlin gewonnen wurden, dienen zur Erläuterung:

Tabelle 1. Von 100 Lebenden entsprechenden Alters und Geschlechts befanden sich am 16. Juni 1925 in allgemeinen Berliner Krankenhäusern:

Alter	Ledige		Verheiratete		Verwitwete u. Geschiedene		Insgesamt	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
15—20	0,21	0,25	0,00	.	.	.	0,21	0,26
20—25	0,30	0,46	0,22	0,32	.	0,90	0,29	0,43
25—30	0,33	0,50	0,20	0,22	0,23	0,44	0,27	0,35
30—35	0,38	0,45	0,19	0,20	0,46	0,32	0,24	0,27
35—40	0,44	0,42	0,17	0,19	0,16	0,30	0,21	0,24
40—45	0,46	0,36	0,18	0,15	0,35	0,33	0,21	0,20
45—50	0,60	0,37	0,24	0,20	0,31	0,31	0,24	0,24
50—55	0,70	0,28	0,30	0,21	0,28	0,32	0,28	0,24
55—60	0,54	0,37	0,31	0,23	0,48	0,36	0,33	0,28
60—65	0,92	0,48	0,43	0,25	0,52	0,35	0,46	0,31
65—70	1,04	0,65	0,41	0,29	0,42	0,42	0,45	0,40
über 70	1,17	0,61	0,37	0,31	0,54	0,39	0,48	0,39

Tabelle 2. Von 100 Lebenden über 60 Jahre waren in allgemeinen Krankenhäusern:

	Männlich	Weiblich
Ledige . . . . .	1,01	0,56
Verheiratete . . . . .	0,41	0,27
Verwitwete und Geschiedene . . .	0,51	0,39

Aus der Übereinstimmung dieser Massenbeobachtungen mit Einzelerfahrungen ergibt sich die Schlußfolgerung: Das Alleinsein, das Leben unter Fremden, die sich nicht auf Hilfeleistungen im Erkrankungsfall einlassen können, also die mangelnde Pflege im Hause, begünstigt die Neigung zur Aufnahme in das Krankenhaus sehr erheblich. Es ist bezeichnend, daß völliges Fehlen der Familien in erster Linie und Auflösung der Familie durch Tod oder Trennung erst in zweiter Linie stehen, und daß ledige Greise, die im Gegensatz zu ihren gleichaltrigen ledigen Mitbürgern weiblichen Geschlechts wenig Verwendungsmöglichkeiten im Haushalte bieten, sehr häufig in Anstalten zu finden sind. So wenig das Bedürfnis nach Pflege in einer Krankenanstalt bei diesen Gruppen der fürsorgebedürftigen Bevölkerung bezweifelt werden kann, so sehr muß es doch bestritten werden, daß diese Patienten im allgemeinen Krankenhaus am rechten Platze sind. Nächste einigen Klinikern haben schon vor längerer Zeit besonders LENNHOFF, GOTTSTEIN, GROTHJAHN und GROBER auf die Notwendigkeit

der *Entlastung der Krankenhäuser* hingewiesen und Vorschläge für die Verwirklichung dieses Gedankens gemacht. GOTSTEIN hat bereits im Jahre 1905 als einen Hauptgrund des großstädtischen Krankenhausjammers den Glauben bezeichnet, daß nicht nur sämtliche Kranke schlechthin, sondern auch die Patienten während des ganzen Krankenhausaufenthaltes die kostspieligen Einrichtungen des Krankenhauses brauchten. In den letzten Jahren hat auch der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen die Frage der Entlastung der Krankenhäuser zur Aussprache gebracht. Auf der Tagung 1926 hat KERSCHENSTEINER die Maßnahmen zur Behebung der bestehenden oder zu erwartenden Bettennot behandelt. In der Entschließung, die er vorlegte, wurde u. a. auch auf die Ansammlung chronisch Kranker in den Krankenhäusern hingewiesen und die Errichtung von Krankenanstalten für chronisch Kranke und von Siechenanstalten gerade zur Minderung der Bettennot verlangt.

Außer weltanschaulichen und sozialetischen Forderungen sind es also kühle Erwägungen der Wirtschaftlichkeit, die eine erhöhte Fürsorge für die chronischen Erkrankungen und insbesondere für das Alter fordern. Denn jede Verbesserung der Fürsorge für Alte und chronisch Kranke kommt mittelbar auch den behandlungsfähigen und unbedingt krankenhausbefürftigten Kranken zugute, indem für sie in den Krankenhäusern Platz geschaffen wird.

**4. Personenkreis.** Die Personen, die für eine Dauerunterbringung in Siechenhäusern und Altersheimen in Betracht kommen, gehören zu der großen Gruppe der *Gebrechlichen*. Das Reichsversicherungsamt hat in einer Revisionsentscheidung vom 18. April 1928 als Gebrechen einen von der Regel abweichenden körperlichen oder geistigen Zustand bezeichnet, mit dessen Dauer für nicht absehbare Zeit zu rechnen ist. Das Wesentliche ist also, daß es sich um einen durch Dauer gekennzeichneten Zustand handelt. Bei der *Beurteilung der Anstaltspflegebedürftigkeit* muß festgestellt werden, wie groß das Mißverhältnis zwischen der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und der Lebenshaltung der Umgebung ist.

Für praktische Zwecke genügt die in Anlehnung an ASCHAFFENBURG getroffene nachfolgende Einteilung der als *bewahrungsbedürftig* zu bezeichnenden *Gruppen*, bei der vorausgesetzt ist, daß Versuche zur Erwerbsbefähigung und zur Rückführung in die Gemeinschaft vergeblich gemacht oder aussichtslos geworden sind.

## A. Asoziale Elemente.

(Belasten die Gesellschaft nutzlos.)

Körperlich Kranke	{	Chronisch Kranke (Sieche) und Altersgebrechliche.
		Invaliden und Krüppel <sup>1</sup> .
		Blinde und Taubstumme.

## B. Zwischen asozial und kontrasozial.

Seelisch Kranke	{	Ruhige Geisteskranke, Schwachsinnige, Idioten.
		Süchtige (Alkoholranke, Morphinisten, Kokainisten).
		Seelische Grenzzustände (Rechtsbrecher kleinen Stils, Bettler, Landstreicher, Dirnen, Zuhälter, sexuelle Abweichungen).

## C. Kontrasoziale Elemente.

(Schädigen den Fortbestand oder die Entwicklung der Gesellschaft.)

Seelisch Kranke	{	Geisteskranke.
		Epileptiker.
Körperlich Kranke	{	Aktive und Sittlichkeitsverbrecher.
		Ansteckende Tuberkulöse.

Die Mehrzahl der Insassen aller Siechenheime hat das 60. Lebensjahr überschritten. In Berlin waren am 16. Juni 1925 unter insgesamt 5917 Pflinglingen in 11 Siechenhäusern 1387 = 62,5% der männlichen und 2680 = 73% der weiblichen Pflinglinge, zusammen 4067 = 69% des Bestandes *älter als 60 Jahre* (Tabelle 3).

Nach diesen Beobachtungen, die sich mit früheren Feststellungen in Berlin (vgl. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 6, S. 129), sowie mit den Erfahrungen in anderen gleichartigen Anstalten weitgehend decken, fällt den Siechenhäusern zum weitaus größten Teil die *Fürsorge für die nicht akut verlaufenden Erkrankungen des Greisenalters* zu. Die gleichen Untersuchungen zeigen auch das Übergewicht der Frauen gegenüber den Männern in den höheren Altersklassen, das sich ohne weiteres aus der Zusammensetzung der Bevölkerung ergibt.

Von einschneidender Bedeutung ist der *Familienstand*. Bereits bei den Ausführungen über die Verhältnisse im Krankenhauswesen ist darauf hingewiesen worden, daß soziologische Gründe für die Inanspruchnahme von Krankenhäusern bedeutungsvoll sind. In den Siechenhäusern, in denen sich die Opfer langanhaltender, zu Hilflosigkeit und wirtschaftlicher Verelendung führender Erkrankungen sammeln, tritt die Abhängigkeit von den gesellschaftlichen Zuständen noch weit deutlicher hervor. Wie die Tabelle 4 zeigt, sind in Berlin bei einer Untersuchung, die sich auf insgesamt 5917 Pflinglinge erstreckte, in allen Altersklassen Ledige

<sup>1</sup> Zum Beispiel Kranke mit angeborenen schweren Mißbildungen, mit multipler Sklerose, fortschreitendem Muskelschwund, schweren Gelenkerkrankungen usw.



Tabelle 3. *Alter und Familienstand von Pfinglingen der Berliner Siebenhäuser am 16. Juni 1925.*

	Zus.														Ohne Angabe	Zus.						
	0-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-44	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70			70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95-100
ledig	m.	53	46	83	51	52	37	32	36	36	51	57	67	70	81	80	47	16	3	1	0	899
	w.	28	28	61	49	50	35	65	57	70	71	96	100	119	126	114	94	64	21	2	0	1250
	zus.	81	74	144	100	102	72	97	93	106	122	153	167	189	207	194	141	80	24	3	0	2149
verheir.	m.	0	0	0	0	0	2	4	13	21	27	30	50	66	79	85	58	25	12	3	0	475
	w.	0	0	0	0	0	5	3	9	13	19	22	25	39	49	62	37	17	6	2	0	308
	zus.	0	0	0	0	0	7	7	22	34	46	52	75	105	128	147	95	42	18	5	0	783
verwitw.	m.	0	0	0	0	0	1	0	0	2	5	11	29	47	87	186	171	140	41	9	2	731
	w.	0	0	0	2	0	0	4	4	6	26	30	67	118	227	386	489	428	177	36	3	2003
	zus.	0	0	0	2	0	1	4	4	8	31	41	96	165	314	572	660	568	218	45	5	2734
geschied.	m.	0	0	0	0	0	0	1	5	7	3	10	11	19	25	18	11	5	0	0	0	115
	w.	0	0	0	0	0	0	0	1	6	9	13	16	12	15	16	14	4	3	0	0	109
	zus.	0	0	0	0	0	0	1	6	13	12	23	27	31	40	34	25	9	3	0	0	224
ohne Angaben																						27
überhaupt	81	74	144	102	102	80	109	125	161	211	269	365	490	689	947	921	699	263	53	5	27	5917

und Verwitwete bzw. Geschiedene um ein Vielfaches häufiger in Siechenhäusern angetroffen worden als Verheiratete.

Tabelle 4. Von 100 Lebenden entsprechenden Alters und Geschlechts befanden sich am 16. Juni 1925 in Berliner Siechenhäusern:

Alter	Ledige		Verheiratete		Verwitwete od. Geschiedene		Insgesamt	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
55—60	1,16	0,80	0,06	0,04	0,51	0,26	0,16	0,19
60—65	1,79	1,23	0,12	0,10	0,82	0,38	0,29	0,34
65—70	3,52	1,85	0,25	0,22	1,49	0,70	0,65	0,65
70—75	5,84	2,94	0,53	0,64	2,98	1,40	1,52	1,37
75—80	9,20	4,83	0,95	1,20	3,82	2,80	2,52	2,76
80—85	8,79	8,06	1,37	2,34	6,28	5,01	4,31	5,06
85—90	5,88	9,37	4,32	4,96	6,33	7,68	5,73	7,67
über 90	3,22	.	.	.	.	.	8,47	7,40

Während sich in Zeiten ruhiger wirtschaftlicher Entwicklung beim Eintreten eines langwierig verlaufenden Krankheitsfalles oder bei Erwerbsunfähigkeit infolge höheren Alters nur bei einer begrenzten Zahl von Angehörigen besonders ungünstig dastehender Schichten ein Notstand entwickelte, der ein Eingreifen der öffentlichen Fürsorge notwendig machte, ist durch den Zusammenbruch unserer Währung und die Vernichtung der Vermögen ein der Art und dem Umfange nach neues Massenproblem entstanden. Zu den Gruppen in der Bevölkerung, die auch früher fürsorgebedürftig waren, treten zahlreiche neue, insbesondere diejenigen, für die der Verlust ihres Vermögens zugleich den Fortfall der Grundlage ihres Lebensunterhaltes im Alter bedeutet, also große Teile des *Mittelstandes*.

**5. Zahl der Siechenhäuser und Altersheime.** Die Gesamtzahl der in Deutschland vorhandenen, dem Pflegezweck dienenden Anstalten ist unbekannt. Auch die amtliche Heilanstaltsstatistik für das Deutsche Reich enthält keine brauchbaren Angaben. Die Erhebungen einzelner Länder sind entweder veraltet oder für genaue Berechnungen infolge verschiedenartiger Fragestellung nicht verwertbar. Die Zahl sämtlicher Anstalten zur Dauerunterbringung ausschließlich der Irrenanstalten kann auf etwa 2500 geschätzt werden, die Bettenzahl dürfte 80000 betragen.

**6. Gesetzliche Grundlagen.** Die geschlossene Fürsorge für chronisch körperlich Kranke und Altersgebrechliche wird durch die Gesetzgebung auf dem Gebiete des Versicherungswesens und der Wohlfahrtspflege gefördert. Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 hat neben der Armenfürsorge als

sogenannte gehobene Fürsorge die soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene und die ihnen auf Grund der Versorgungsgesetze Gleichstehenden, die Fürsorge für Rentempfänger der Invaliden- und Angestelltenversicherung, soweit sie nicht den Versicherungsträgern obliegt, die Fürsorge für Kleinrentner und die ihnen Gleichstehenden zur öffentlich rechtlichen Aufgabe gemacht. Die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. Dezember 1924 nennen es als Aufgabe der Fürsorge, den notwendigen Lebensbedarf zu gewähren, und zählen hierzu den Lebensunterhalt, Nahrung, Kleidung, Pflege und Krankenhilfe. Berechtigt, solche Fürsorge in Anspruch zu nehmen, ist jeder, der den notwendigen Lebensbedarf für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln und Kräften beschaffen kann und ihn auch nicht von anderen Seiten, insbesondere von Angehörigen, erhält. Als erwerbsunfähig gilt jemand, der infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen nicht nur vorübergehend außerstande ist, sich durch Arbeit einen wesentlichen Teil seines Lebensbedarfes zu beschaffen. Die Art, in der die Hilfe gewährt wird, steht der Fürsorgebehörde frei, sie kann, muß aber nicht in Form einer Sachleistung verbunden mit Dienstleistung erfolgen. Die Anstaltsunterbringung soll nur gewährt werden, wenn der körperliche, geistige oder sittliche Zustand des Hilfsbedürftigen besondere Maßnahmen zur Heilung, Pflege und Bewahrung erfordert. Daraus läßt sich eine Verpflichtung zur Unterhaltung bestimmter Sonderanstalten ableiten, da die Gewährung der Unterkunft und Krankenhilfe auf anderem Wege vielfach kaum möglich oder unzweckmäßig ist. Die Ausführungsverordnungen der Länder haben nun vorwiegend die Landesfürsorgeverbände, teils auch die Bezirksfürsorgeverbände, verpflichtet, solche Anstalten bereitzustellen, oder in die innere Organisation nicht eingegriffen. So besagt § 6 der preußischen Ausführungsverordnung vom 17. April 1924: „Die Landesfürsorgeverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptiker, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Minderjährigen umfaßt diese Fürsorge auch die Erziehung und Erwerbsbefähigung.“ § 9 berechtigt die Landesfürsorgeverbände, die Fürsorge für Sieche unmittelbar zu übernehmen, eine Bestimmung, die gegenüber dem früheren Brauch die Möglichkeit einer Verbesserung durch Zentralisation gleichartiger Kranker eröffnet. Die vorläufige Ausführungsverordnung des Gesamt-

ministeriums des Freistaates Bayern vom 27. März 1924 bestimmt in Art. 6: a) Aufgaben der Kreise (= Landesfürsorgeverbände) sind die Fürsorge für Hilfsbedürftige, Geisteskranke, Geistesschwache, Blöde, Epileptiker, Blinde, Taubstumme, Krüppelhaftige und unheilbare, abschreckend oder ansteckend kranke Sieche, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen; b) die Fürsorge für die Erziehung und die Ausbildung hilfsbedürftiger blöder, blinder, taubstummer und krüppelhafter Kinder, soweit sie bildungsfähig sind und der Unterbringung in Anstalten bedürfen. Das sächsische Wohlfahrtspflegegesetz vom 28. März 1925 zählt zu den Pflichtaufgaben der öffentlichen Wohlfahrtspflege in § 2 u. a. die Gefährdetenfürsorge, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Tuberkulose, des Alkoholismus, die Fürsorge für Wanderer und Straftatlassene, weiter die Fürsorge für Trinker, Krüppel, Blinde, Taubstumme, Ertaubte und Sieche, sowie für Schwachsinnige, Idioten, Fallsüchtige und Geisteskranke. Nach § 6 hat der Landesfürsorgeverband dafür zu sorgen, daß zur Unterbringung der letztgenannten den Bezirksfürsorgeverbänden ausreichend öffentliche und private Anstalten zur Verfügung stehen.

Der Fortschritt der RFV. gegenüber dem UWG. liegt in der Bildung leistungsfähiger Erfüllungsverbände, die an Stelle der Einzelgemeinde die Fürsorgeaufgaben durchführen. Von der Entscheidung des Bezirksfürsorgeverbandes hängt es ab, wie weit er im Rahmen der landesrechtlichen Bestimmungen den Kreis seiner Fürsorgeleistungen zieht, und in welchem Umfange er Anstaltspflege bewilligt. Bei strenger Auslegung des Begriffs der Hilfsbedürftigkeit liegt immerhin die Gefahr nahe, daß zwischen Fürsorgebedürftigkeit vom gesundheitlichen Standpunkte und rechtlicher Hilfsbedürftigkeit, z. B. bei Tuberkulösen oder Psychopathen, künstlich Schranken gezogen werden, die einer Gesundheitspolitik auf weite Sicht im Wege stehen. Deswegen muß besonders auf den § 2 der Reichsgrundsätze hingewiesen werden, wonach die Fürsorge nachhaltig sein muß und zu verhüten suchen soll, daß vorübergehende Not zu dauernder werde. Ohne ein Bewahrungswesen bleibt aber dieser Grundsatz praktisch wirkungslos.

Im Gegensatz zu den Pflichtaufgaben der RFV. enthält die RVO. nur eine Reihe von Kann-Bestimmungen, die eine Geldleistungspflicht durch Sachleistung abzulösen gestatten. Nach § 1277 RVO. kann die Satzung der Versicherungsanstalt den Vorstand ermächtigen, den Rentenempfänger auf Antrag in ein Invaliden- oder Waisenhaus oder in einer ähnlichen Anstalt unter-

zubringen und dazu die Rente ganz oder teilweise zu verwenden. Ganz ähnlich enthalten auch die §§ 607, 952 und 1114 der RVO., § 50 des AngestVersGes., §§ 46 u. 65 des Reichsknappschaftsgesetzes, § 4 des Reichversorgungsgesetzes und §§ 10 und 11 des Reichsbahnpersonalgesetzes die Möglichkeit der Anstaltspflege auf Dauer.

**7. Träger.** Obwohl in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Kulturländern die öffentliche Fürsorge auch auf die Entwicklung des Bewahrungswesens in letzter Zeit nicht unerheblichen Einfluß gewonnen hat, besteht auch heute noch ein Übergewicht der freien Wohlfahrtspflege. Etwa zwei Drittel der in Siechenanstalten und Altersheimen vorhandenen Plätze gehören Trägern der freien Wohlfahrtspflege. Unter den Trägern der öffentlichen Fürsorge sind vornehmlich die Selbstverwaltungskörper Eigentümer der Pflegeanstalten, die Länder nur selten und dann, wenn sie gleichzeitig Landesfürsorgeverbände sind. Das Reich ist durch Unterhaltung von Versorgungskrankenhäusern beteiligt. Von den Reichsversicherungsträgern sind es vornehmlich die Landesversicherungsanstalten, aus den Reihen der freien Wohlfahrtspflege die großen kirchlichen und nichtkirchlichen Organisationen, dann aber auch eine erhebliche Zahl von Einzelpersonlichkeiten, die sich besonders auf dem Gebiete der Altersfürsorge durch Gründung und Unterhaltung von Heimen betätigen, ferner, wenn auch in geringerem Umfange, die Betriebswohlfahrtspflege, sowie Standesorganisationen, Arbeitnehmer- oder Arbeitgeberverbände.

920 Heime mit 24489 Betten gehören zum *Zentralausschuß für innere Mission*, der Spitzenbehörde der evangelischen Wohlfahrtspflege; 992 Heime mit 21645 Betten sind der Spitzenorganisation der katholischen Wohlfahrtspflege, dem deutschen *Caritasverband*, angeschlossen. Zur *Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden* gehören 55 Heime mit 2030 Betten, zum *Deutschen Roten Kreuz* 57 Anstalten mit rund 1900 Betten und schließlich zur *Vereinigung der freien privaten gemeinnützigen Wohlfahrtseinrichtungen Deutschlands* 28 Heime mit 1364 Betten. (Stand 1928.)

Die *Landesversicherungsanstalten* besaßen im Jahre 1915 in Deutschland 15 eigene Invalidenheime mit 475 Plätzen für Männer und 67 Plätzen für Frauen. Vorwiegend waren daran süd- und mitteldeutsche Versicherungsanstalten beteiligt (Sachsen-Anhalt, Hessen-Nassau, Bayern, Franken, Schwaben, Thüringen, Braunschweig). Neuere Nachweisungen sind nicht erschienen. Der Bestand soll sich jedoch nicht wesentlich verändert haben.

**8. Anstaltstypen.** Nach den Ergebnissen einer Rundfrage, die mit Hilfe des Deutschen Städtetages im November 1924 an alle

Städte im Deutschen Reich mit über 75 000 Einwohnern ging, sind im wesentlichen drei Anstaltstypen zu unterscheiden: die einen tragen die Merkmale des *Siechenhauses* im Sinne der auf S. 236 entwickelten Begriffsbestimmung rein, sie finden sich vornehmlich in größeren Großstädten und für den Bereich mehrerer Kreise oder einer Provinz. Die anderen zeigen eine *Mischung* von Siechenheim- und Altersheimcharakter, betonen jedoch den *Pflegezweck* stärker und finden sich hauptsächlich in kleineren Großstädten. Der dritte Typ ist das vorwiegend den Wohnzweck betonende *Altenheim*. Je nachdem, ob eine *Zentralisierung* zur gemeinschaftlichen Versorgung dünn bevölkerter Gebiete und einer Reihe von Gemeinden erfolgt, oder ob in Großstädten mit starkem Bedarf zur Entlastung anderer Krankenanstalten der Weg der *Dezentralisierung* und Einrichtung von Sonderanstalten beschritten ist, finden sich *selbständige* Anstalten der genannten Typen oder *Abteilungen* innerhalb eines größeren Komplexes von Einrichtungen. Beide Wege sind gangbar. Die Entscheidung, welche Lösung zweckdienlicher ist, hängt im wesentlichen davon ab, für welche Krankheitsgruppen ein Bedürfnis zur Dauerunterbringung vorhanden, und wie stark es ist. Selbständige Siechenhäuser mit weniger als etwa 300 Betten sind im allgemeinen nicht wirtschaftlich. Bei der Angliederung von Siechenabteilungen an andere Anstalten ist die Wirtschaftseinheit entweder mit Betrieben der gesundheitlichen oder der wirtschaftlichen Fürsorge hergestellt. Zum Teil sind sie Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser, wie in Barmen und Frankfurt a. M., zum Teil, wie in Bischofswerder, auf gleichem Gelände wie das Krankenhaus und wirtschaftlich mit ihm zusammenhängend. In Altona und Dresden sind die Pflegeanstalten für die körperlich Gebrechlichen räumlich mit Irrenanstalten verbunden, eine Lösung, die sachlich gleichfalls in Betracht gezogen werden muß. Ein Beispiel einer großzügigen Versorgungsanlage für ältere, sieche und erwerbsbehinderte Menschen zugleich sind die Riehler Heimstätten der Stadt Köln, die auf einem Gelände von 150 000 qm Ausdehnung in 35 teils größeren, teils kleineren Gebäuden Wohnstiftwohnungen, Pflegeheim für alte, pflegebedürftige und Versorgungsheim für erwerbsbehinderte, aber noch beschränkt arbeitsfähige Personen umfassen. Gelegentlich findet sich auch die Verbindung mit Abteilungen für Säuglinge oder Waisenkinder. Diese Anordnung sollte jedoch nur dann getroffen werden, wenn die einzelnen Gruppen vollständig voneinander getrennt in verschiedenen Häusern eines größeren Komplexes untergebracht werden können. Die konfessionelle Wohlfahrtspflege hat vielfach die verschieden-

artigsten Arbeitsgebiete auf größerem Areal in getrennten Abteilungen aufgenommen. So besteht die Diakonissenanstalt in Schwäbisch-Hall aus allgemeinem Krankenhaus, Kinderkrankenhaus, Mutterhaus zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal, einem Frauenheim zur Pflege chronisch kranker Frauen und einem Stützpunkte für die Gemeindekrankenpflege und die Altersfürsorge des Bezirks.

Die Angliederung von Siechenhäusern an andere Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge, insbesondere an Krankenhäuser oder Heil- und Pflegeanstalten, bietet den Vorteil, daß Materialien und Lebensmittel gemeinschaftlich besorgt, die Verwaltung vereinfacht, die pflegerische und ärztliche Betreuung einheitlicher und leichter durchgeführt werden kann und die Transport-schwierigkeiten bei Verlegungen geringer sind, vor allem aber, daß der Anstalt das Odium des Sterbehauses genommen wird. Der Nachteil ist, daß in dem Pflingling beim Vergleich mit den Leistungen und Einrichtungen der Krankenhäuser eher das Gefühl wach wird, zurückgesetzt zu sein.

In einer ganzen Reihe von Großstädten wird bei Neuerrichtung einer Krankenstadt die Möglichkeit bestehen, auch ein Krankenhaus für chronisch Kranke vorzusehen. In den Leitsätzen des Gutachterausschusses für das öffentliche Krankenhauswesen über Siechenhäuser wird empfohlen, „in diesem Falle einer Zentrale für Wärmewirtschaft, Wäscherei und gemeinsamen Einkauf sowie mit Prosektur und Apotheke, einen *Kranz von Krankenanstalten* anzuschließen, zu denen auch das Siechenhaus gehört, also z. B. allgemeines Krankenhaus, Kinderkrankenhaus, Krankenhaus für chronisch Kranke und Tuberkulöse, Heilanstalt für Nerven- und Geisteskranke. Jede dieser Anstalten stellt eine Betriebseinheit dar. Auf diese Weise ist bei zweckmäßiger Anlage und einheitlicher Verwaltung höchste Wirtschaftlichkeit und gegenseitige Aushilfe und Entlastung erreichbar“.

Grundsätzlich muß das „Siechenhaus“, ebenso wie übrigens auch das Altersheim, von dem Arbeitshaus getrennt sein. Dies ist bereits u. a. in Altona, Berlin, Breslau, Dresden, Duisburg, Hamburg, Leipzig, Nürnberg, Plauen durchgeführt.

Endlich muß auch der Name „Siechenhaus“ verschwinden und durch eine den psychologischen Bedürfnissen der Kranken besser gerecht werdende Bezeichnung, z. B. „Pflegeheim“, ersetzt werden.

## II. Besonderer Teil.

### A. Siechenhäuser.

1. Lage. Neubauten hat man in den letzten Jahren gern an das Weichbild der Stadt gelegt. Diese Lage hat, abgesehen von der selteneren Belästigung durch Lärm, den Vorteil, daß der Neubau durch die geringeren Grundstückspreise verbilligt und die Eigenwirtschaft gefördert wird, allerdings auch den Nachteil, daß der Besuch der Pfleglinge durch ihre Angehörigen erschwert wird. Das Berliner Hospital Buch liegt etwa 17 km vom Mittelpunkt der Stadt, das Pflegeheim Köthenwald etwa 16 km von Hannover, die Heilstätte Herrnprotsch 12 km von Breslau entfernt. Um den Verkehr mit den Angehörigen zu erleichtern, hat man auch bei der Planung großer Siedlungen, die hauptsächlich für die arbeitende Bevölkerung bestimmt sind, gleichzeitig bequem erreichbare Altenheime und Mischanstalten, die neben der Unterbringung gesunder Alter auch die Pflege von chronischen Kranken gestatten, vorgesehen.

Größenmaße. Es ist wiederholt die Behauptung aufgestellt worden, daß die Unkosten für die Unterhaltung von Krankenanstalten mit ihrer Größe auch relativ zunehmen. Nach Feststellungen bei einer Reihe gut geleiteter Pflegeanstalten sind jedoch die Unkosten selbst in Riesenanstalten kaum größer als in mittleren Betrieben, da sich das Personal besser einteilen läßt und die Rentabilität durch Eigenbewirtschaftung gesteigert werden kann. Gerade bei Siechenanstalten droht die Gefahr, daß aus falscher Rücksichtnahme Zwerganstalten unter 50 Betten gebaut werden. Solche Betriebe sind durchaus unrentabel. Nach ESCHLE ist für die *Wirtschaftlichkeit* eine Größe von 300 Betten, nach SCHOB von etwa 500 Betten nötig, eine Ansicht, der auch BOAS auf Grund seiner großen Erfahrungen in amerikanischen Verhältnissen beistimmt.

Der Gutachterausschuß für das öffentliche Krankenhauswesen hat sich dafür ausgesprochen, daß sich selbständige Siechenheime erst von 300 Betten an lohnen und daran mit Recht die Empfehlung geknüpft, kleineren Gemeinden oder Bezirken die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zur Errichtung einer gemeinsamen Anstalt nahelegen. Es ist durchaus im Sinne planwirtschaftlicher Arbeit, wenn der an mehreren Stellen vorhandene Bedarf gesammelt einer einzigen Anstalt zugute kommt und die Siechenpflege für größere Gebiete in der Art etwa der hessischen und badi-schen Pflegeanstalten zentralisiert wird.



Bauplan und Gliederung. Für den Bauplan des Siechenhauses gelten die gleichen Forderungen wie bei allgemeinen Krankenhäusern. Ganz besonders ist von vornherein auf die *Erweiterungsmöglichkeit* ohne Störung der Gesamtanordnung und des Betriebes zu achten. Wie die Ausführungen in den vorhergehenden Kapiteln gezeigt haben, muß für die nächsten Jahrzehnte mit einem stark ansteigenden Bedarf an Siechenhausbetten gerechnet werden. Bei der *Gliederung* ist es gerade für Siechenhäuser wesentlich, daß die einzelnen Gebäude möglichst für sich liegen, um auf diese Weise die notwendige Ruhe und Abgeschlossenheit für die einzelnen Kategorien von Kranken zu sichern. Besondere Beachtung bedarf auch die Wahl des *Geländes*. Es sollte nicht aus Sparsamkeitsgründen ein Platz genommen werden, der sich gärtnerisch und landwirtschaftlich wenig verwerten läßt. Vielmehr muß bereits bei der Bauplanung darauf geachtet werden, möglichst gutes Hinterland zur Eigenversorgung zu erhalten.

Bauform und Krankenabteilungen. Für größere Anstalten verdient das *Pavillonssystem* den Vorzug, da es leichter die Unterbringung der einzelnen Krankengruppen je nach den Ansprüchen an ärztliche und pflegerische Betreuung ermöglicht. Der Nachteil der größeren Kostspieligkeit muß unter diesen Umständen in Kauf genommen werden. Die Pavillons können unbedenklich mehrstöckig sein, nur ist eine Fahrstuhlanlage erforderlich. Die dauernd Bettlägerigen werden dann im Erdgeschoß untergebracht, von dem aus auf schiefen Ebenen für unmittelbaren Zugang ins Freie gesorgt ist; auf die übrigen Stockwerke werden die Pfléglinge, je nach dem Grade ihrer Gehfähigkeit, verteilt. In kleineren Anstalten wird das Korridorsystem nicht zu vermeiden sein.

Der einzelne Pavillon wird zweckmäßig für die Aufnahme von höchstens 100 Kranken berechnet. Die einzelnen Geschosse haben in sich abgeschlossene Stationen. Jede *Station* bietet im Höchsfalle 30 Pfléglingen Platz. Große Säle sind durchaus ungeeignet, ebenso verbietet sich aber auch die alleinige Verwendung von Einzelzimmern wegen der Erschwerung der Aufsicht und der Verteuerung des Betriebes. Das vielfach noch benutzte Saalsystem sollte verlassen und bei Neubauten grundsätzlich durch die Einrichtung von *Zimmern* zur Aufnahme von höchstens 4—6 Kranken, eher sogar noch weniger, ersetzt werden. Gerade die chronisch Kranken haben bei der langen Dauer des Aufenthaltes den berechtigten Wunsch, sich an gleichgesinnte Leidensgefährten anzuschließen und eine Art von Familie zu bilden, zumal auch unter den Siechen der schwerer Leidende von dem leichter Erkrankten

störend empfunden wird. Aber auch der Arzt muß in der Lage sein, vielfach Verlegungen innerhalb des Hauses vorzunehmen, um den Frieden in der Anstalt zu erhalten und den wechselnden Ansprüchen an die Pflege gerecht zu werden. In den jüngsten Anstalten Buch, Plauen, Hannover, Elberfeld sind nur noch mehrbettige Zimmer vorgesehen. Die Bevorzugung von Einzelzimmern rechtfertigt sich nur dann, wenn die Anstalt sich bereits dem Charakter des Altersheimes nähert, in dem die Insassen sich mehr oder minder selbst überlassen bleiben können; doch sind in Siechenanstalten in jeder Einheit einzelne einbettige Zimmer erforderlich, um besonders empfindliche, für die Umgebung besonders unangenehme oder schwerstkranke Patienten absondern zu können.

An *Nebenräumen* sind vor allen Dingen Tagesräume erforderlich, für etwa 25—35 Pfléglinge muß ein Gemeinschaftsraum gerechnet werden. Ferner gehören zu jeder Abteilung ein Aufenthaltsraum für die diensttuende Schwester, eine Teeküche mit Wärmeschrank, Eisschrank und besonderem Geschirrspülraum, ein Baderaum mit Wannen und Wascheinrichtung, Klosetts, Räume zur Aufbewahrung der reinen und schmutzigen Wäsche und der Geräte. In einem Schrankzimmer oder in verschiedenen Wandschränken auf den Fluren müssen die Pfléglinge diejenigen Sachen aufbewahren können, die sie häufiger zu gebrauchen beabsichtigen. Für mehrere Einheiten zusammen ist ein Festsaal erforderlich, in dem die Unterhaltungen und Vorführungen für die Pfléglinge stattfinden können. Für die Beschaffenheit des Fußbodens und der Wandbekleidung sowie die Ausstattung der Krankenzimmer gelten die gleichen Grundsätze, wie sie bei Krankenhausbauten befolgt werden.

*Baugestaltung.* Das Siechenhaus ist ebenso wie das allgemeine Krankenhaus ein *Zweckbau* und soll daher ohne Fassadenwirkung rein sachlich gebaut werden. Bei der Innenausstattung ist es besonders wesentlich, daß die Krankenzimmer und die gemeinschaftlichen Räume unter Verzicht auf grelle Farben anheimelnd ausgestattet sind. Die Anlage gedeckter Veranden empfiehlt sich da, wo auch chronische Phthisiker mit aufgenommen werden sollen.

*Gesetzliche Mindestforderungen.* Die hygienischen Mindestforderungen, die an die Anlage, den Bau und die Einrichtung von Krankenanstalten aller Art gestellt werden müssen, sind für die einzelnen Länder in annähernd gleichlautenden ministeriellen Vorschriften niedergelegt. Außer den allgemeinen Vorschriften, die auch für jedes nach neuzeitlichen Gesichtspunkten eingerichtete

Pflegeheim sinngemäße Anwendung finden sollten, sind es vornehmlich die Vorschriften über besondere Anstalten, die bei der Dauerunterbringung von chronisch Kranken und Altersgebrechlichen beachtet werden müssen. Wegen ihrer großen Bedeutung seien als Beispiel die einschlägigen Paragraphen aus den preussischen „Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen“ (Erl. d. Min. f. Volkswohlfahrt vom 30. März 1920) im Wortlaut angeführt:

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose oder unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1—19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Übersichtlichkeit der Räume verhindert wird, oder wo die besonderen Verhältnisse dieser Anstalten solche Abweichungen bedingen. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9, Abs. 2, § 12 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. 1. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fernbleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist unter der Voraussetzung genügender Lüftung und Belichtung eine Verminderung des Luft-raumes in den Schlafräumen auf 15 cbm und der Grundfläche im Tagesraum auf etwa 1 qm für den Kranken zulässig (§§ 7 und 8). Auch können mit Bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Ausnahmen zugelassen werden.

2. Die im § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung.

3. Arbeitsräume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2—19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigentlichen Krankenzimmer als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitsstätten und Nebenzimmer ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilstätten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime für Nervenranke, Anstalten für Alkoholranke und ähnliche Anlagen. In jeder Nervenheilanstalt usw. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den kleinen Anstalten für Geistesranke, Epileptiker oder Schwachsinnige (§§ 20—23) muß wenigstens ein passend gelegener und

eingerrichteter Raum von 40 cbm Luftgehalt für die Absonderung von Kranken vorhanden sein; in mittleren Anstalten sind wenigstens zwei solcher Räume vorzusehen. In großen Anstalten solcher Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten, einzurichten.

Technische Anlagen. Für die Installation, die Wärme- und Kraftwirtschaft gelten die gleichen Forderungen wie für das allgemeine Krankenhaus.

Räume für den ärztlichen Dienst. Räume und Nebenräume für den ärztlichen Dienst können in wesentlich geringerer Zahl und in einfacherer Ausstattung als bei Krankenhäusern gewählt werden. Für jede Krankenabteilung genügt ein kleines, mit den notwendigsten Instrumenten versehenes *Arztzimmer*. Außerdem ist eine größere zentrale *Untersuchungsabteilung* erforderlich, bestehend aus Arztzimmer mit Warteraum, kleinerem Laboratorium und unter Umständen einer diagnostischen Röntgenanlage. Strahlenbehandlung ist nur dann zweckmäßig, wenn Geschwulstkranke regelmäßig und in größerer Zahl versorgt werden müssen. Die Angliederung einer Anstaltsapotheke ist empfehlenswert.

Da sich gerade in Pflegeanstalten viele Kranke ansammeln, deren Krankheitsbild selten und häufig noch unerforscht ist, ist es wünschenswert, wenn wenigstens in größeren Betrieben Gelegenheit gegeben ist, die Beobachtungen während des Lebens auch durch *autoptische* Feststellungen zu ergänzen.

Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften hat mit Unterstützung der Stadt Berlin ihr Hirnforschungsinstitut nach Buch verlegt, wo außer verschiedenen anderen Krankenanstalten auch zwei Irrenanstalten und zwei große Siechenanstalten sind. So sind die Wege bereitet, um die neurologischen Erkrankungen autoptisch, vor allem histologisch, zu erforschen.

Werkstätten. Werkstätten sind in Anstalten mit mehr als 300 Betten wichtig, um die aus ärztlichen Gründen dringend notwendige Beschäftigungsbehandlung in einer Form durchzuführen, die nicht den Eindruck zweckloser Spielerei macht. Die erforderlichen Räume werden am besten in einem besonderen Bau vereinigt.

Sonstige Räume. Für die Unterbringung der Ärzte, der Verwaltung, des Pflegepersonals und des sonstigen Personals, die Wirtschaftsräume usw. gelten sinngemäß die Wünsche, die bei Krankenhausbauten zu erheben sind.

Gartenanlagen. Die Gruppierung der Krankenpavillons um gärtnerische Hofanlagen hat den großen Vorteil, im Sommer leicht Spaziergänge zu ermöglichen und im Winter einen angenehmen

Ausblick zu verschaffen. Größere Naturparks sind wegen ihrer Unübersichtlichkeit nicht zweckmäßig.

**2. Krankengruppen.** Im Gegensatz zu den allgemeinen Krankenhäusern kommt für das Siechenhaus eine genauere Scheidung nach klinischen und pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten nicht in Frage. In erster Linie ist die *funktionelle Struktur* des Kranken maßgebend. Viele erfahrene Sachkenner, wie ESCHLE, ESCHBACHER, SCHOB, legen Wert darauf, körperlich chronisch Kranke mit solchen seelisch Kranken, die nicht für Heil- und Pflegeanstalten geeignet sind, zugleich zu verpflegen. Eine *Mischung verschiedenartiger Kranker* ist für die Anstalt und für die Pflegelinge nur von Vorteil. Gerade die gemeinsame Verpflegung von körperlich und seelisch Kranken bietet die Möglichkeit eines gewissen Wechsels im Bestande. Die Anstalt kommt nicht als Sterbehaus bei der Bevölkerung in Verruf, und der Betrieb wird nicht durch Ansammlung von Schwerkranken allzusehr verteuert. Seelisch Kranke, die in Siechenhäusern zweckmäßig verpflegt werden können, sind vor allen Dingen ruhige Geisteskranke mit einfachen seelischen Störungen, Imbezille, gutartige Psychopathen, schwere Neurastheniker und, wenn auch nur in beschränktem Maße, Alkoholranke. Sie alle können gleichzeitig der Anstalt durch ihre Mitarbeit wertvolle Dienste leisten, während sie außerhalb des gesicherten Lebens der Anstalt verwahrlosen, ohne der Gesellschaft noch irgendwie nützlich sein zu können. In diesem Sinne werden vor allen Dingen in Provinzialpflegeanstalten neben den körperlich Siechen auch eine bestimmte Zahl geistig Defekter verpflegt, während die Spezialisierung auf vorwiegend körperlich Sieche hauptsächlich in sehr großen Großstädten am Platze ist. Hier wird sich sogar nicht selten die Notwendigkeit herausstellen, bestimmte Erkrankungsformen, so Geschwulstkranke, Aufbrauchkrankheiten, chronische Erkrankungen des Nervensystems, chronische Phthisiker in Sonderabteilungen zusammenzulegen, wobei allerdings immer die Ausgliederung aus dem Gesamtbetriebe vermieden werden muß.

Wesentlich für die Beurteilung des Bedürfnisses nach Siechenhauspflege ist die Frage, *welche Erkrankungen* überhaupt Anlaß dazu sind, daß der Wunsch nach Anstaltspflege erhoben wird. In Berlin sind für den Zeitraum vom 1. Oktober 1922 bis 30. September 1923 an 1684 Antragstellern derartige Untersuchungen angestellt worden, über die im „Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge“, Band VI S. 114 u. f. Einzelheiten veröffentlicht sind. Bei weitem am häufigsten erwecken Erkrankungen der Kreislauforgane, darunter vor allem die Aderverkalkung mit

ihren schweren Folgezuständen, den Schlaganfällen, den Kompensationsstörungen des Herzens und der Niere, ein Bedürfnis nach Schutz und Pflege. Hieran reihen sich die Zeichen des Verfalls im Greisenalter, so die schweren Charakterveränderungen, Verwirrheitszustände und Wahnideen, die groben Fahrlässigkeiten im Umgang mit Feuer und Gas, die Selbstmordversuche und die Unreinlichkeit. Danach kommen die Erkrankungen des Zentralnervensystems mit besonderer Beteiligung der Rückenmarkschwindsucht, dann Verlust des Gesichts oder Gehörs. Die anderen Krankheiten treten zahlenmäßig zurück. Während die Erkrankungen der Kreislauforgane im wesentlichen die Alter über 70 befallen, sind bei den Erkrankungen des Zentralnervensystems bereits zahlreiche Menschen im 6. Lebensjahre siechenhausbedürftig geworden. Die Häufigkeit neurologischer Erkrankungen, deren Erkennung, Behandlung und Pflege besondere Sorgfalt und Sachkenntnis erfordert, hat mehrfach — so im Hufelandhospital, Berlin — dazu veranlaßt, besondere Fachstationen einzurichten.

Von den Grundkrankheiten, die zum Siechtum führen können, haben Syphilis, Tuberkulose und Geschwülste besondere Bedeutung.

Bei einer Untersuchung, die auf der Nervenabteilung des Hufelandhospitals in Berlin im Jahre 1925 durch GOLDMANN veranlaßt wurde, fanden sich unter 458 Kranken 105, deren Siechtum zweifellos auf eine frühere *Syphilis* zurückzuführen war. Schon allein aus dieser kleinen Sondererhebung erhellt der außerordentliche wirtschaftliche Nutzen, der bei einer großzügigen vorbeugenden und behandelnden Tätigkeit auf dem Gebiete der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu erwarten ist. Denn die Verluste an Ertragswerten durch vorzeitige Arbeitsunfähigkeit und frühen Tod, die Kosten, die für die Verpflegung einer großen Reihe von Siechen bis zum Tode für die Allgemeinheit entstehen, und die Leiden dieser bedauernswerten Menschen sind nach dem heutigen Stande der Heilkunde ohne weiteres vermeidbar.

Die Forderung nach Bewahrung der nicht mehr heilbaren *ansteckenden Tuberkulösen* ist alt. Gerade ROBERT KOCH, dessen Arbeiten zunächst weittragende Hoffnungen für die spezifische Behandlung erweckten, betonte in voller Erkenntnis der Grenzen seiner Entdeckung im Jahre 1906, nach dem Beispiel der Leprobekämpfung in Norwegen müßte man wenigstens einen Bruchteil der Kranken, insbesondere die Gefährlichen, isolieren, dann dürfte man auf langsame Abnahme der Tuberkulose rechnen. Je mehr wir Gelegenheit erhalten, die Ergebnisse des Heilstättenwesens und der Fürsorgestellentätigkeit auf dem Gebiete der Tuberkulose-

bekämpfung kritisch zu sichten, desto deutlicher werden auch die Grenzen, die der Wirksamkeit dieser beiden Einrichtungen gezogen sind, und desto stärker macht sich das *Fehlen eines geordneten Bewahrungswesens* geltend. Die Isolierung der Infektionsverbreiter und der Schutz der von den Bazillenstreuern gefährdeten Umgebung ist zweifellos in erster Linie Aufgabe einer umfassenden, nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten orientierten Wohnungsfürsorge und Wohnungspflege. Eine ganz bestimmte, zahlenmäßig nur einen Bruchteil aller ansteckenden Tuberkulösen ausmachende Gruppe wird aber selbst mit der besten Fürsorge im Hause nicht zufriedengestellt und als Infektionsquelle nicht unschädlich gemacht. Es sind die Kranken, deren Zustand eine ständige ärztliche Überwachung und dauernde Pflege durch ärztliches Hilfspersonal nötig macht, weiter Kranke, deren Restarbeitskraft nur innerhalb des hygienisch einwandfreien Lebens der Anstalt erhalten werden kann, ferner die Krankenhaus- und Heilstättenbummler, die mit kurzen Unterbrechungen jahrelang von Anstalt zu Anstalt unter Inanspruchnahme unverhältnismäßig hoher Mittel wandern, und endlich alle die Tuberkulösen im vorgeschrittenen Stadium, die infolge des Krankheitserlebnisses einbewußt gemeinschädliches Verhalten an den Tag legen und jeder fürsorgerischen Einwirkung in Haus und Beruf spotten. Die Notwendigkeit einer gesteigerten Bemühung um diese Kranken ergibt sich aus dem Bedürfnis, individuellen Wünschen der Kranken entgegenzukommen, aus dem Bestreben nach Verbesserung und Vervollständigung der Expositionsprophylaxe und aus dem Zwange zur Planwirtschaft auf dem Gebiete des Anstaltswesens. Es konnte nicht ausbleiben, daß zur Lösung dieser so schwierigen Aufgabe und auf der Suche nach dem besten und billigsten Typ viele Wege beschritten und auch die Siechenhäuser herangezogen worden sind. Bei den frühesten Versuchen, die bis in den Beginn des Jahrhunderts zurückreichen und hauptsächlich von Versicherungsträgern gemacht sind, glaubte man durch Einrichtung besonderer Siechenhäuser, die nur für ansteckende Tuberkulöse bestimmt waren, vorwärtskommen zu können. Der Weg erwies sich bald als ungangbar. Diese Anstalten kamen als Sterbehäuser in Verruf. Nachdem sich Sonderanstalten für sieche Tuberkulöse als nicht lebensfähig erwiesen hatten, ging man dazu über, die Asylisierung der Bazillenstreuer mit der Heilstättenbehandlung und der Krankenhausbehandlung der Tuberkulösen räumlich zu verbinden. Fast gleichzeitig sind zu Beginn dieses Jahrhunderts in Stettin (Hohenkrug), Hannover (Heidehaus) und Berlin (Waldhaus Charlottenburg), weiter in den letzten Jahren

in Breslau (Herrnprotsch) und Treuenbrietzen<sup>1</sup> Tuberkulosekrankenhäuser eingerichtet worden, in denen die Zwecke der Beobachtung, Heilstättenkur, Krankenhausbehandlung und Dauerunterbringung gleichberechtigt und gleichzeitig verfolgt werden sollten. Heute, nachdem größere Erfahrungen vorliegen, muß gesagt werden, daß auch diese Lösung nicht voll befriedigen kann. Sie bietet allerdings den Kranken alles, was ein modern eingerichtetes und leistungsfähiges Institut bieten muß, und erleichtert den Kranken den Entschluß, in eine Anstalt zu gehen. Da aber die neuzeitlichen Anforderungen an Heilstätte und Krankenhaus von Einrichtung und Betrieb einer Fachanstalt Spitzenleistungen verlangen, die nur mit Aufwand großer Mittel erreicht werden können, andererseits alle Insassen an sämtlichen Leistungen der Anstalt teilhaben, kosten auch alle Patienten, gleichgültig, warum sie in der Anstalt sind, gleichviel, und der Zweck der Isolierung wird mit unverhältnismäßig hohen Unkosten erkauft. Ähnliches gilt für die zahlreichen Versuche, in kleineren Krankenhäusern auf dem Lande oder in Heilstätten auch eine bestimmte Zahl chronischer Phthisiker dauernd unterzubringen. Die LVA. Brandenburg hält neuerdings etwa ein Drittel der in ihren eigenen Anstalten zur Verfügung stehenden Plätze für unheilbare Tuberkulose frei. Sie erleichtert den Tuberkulösen den Anstaltsaufenthalt, indem sie z. B. in der Heilstätte Grabowsee zahlreiche kleine Zimmer für einen oder zwei Kranke geschaffen hat und sich an den Kosten der Unterbringung mit täglich 1,25 M. für sogenannte „Bewahrungskranke“ beteiligt. Ähnlich sind andere Versicherungsanstalten vorgegangen. Die LVA. Thüringen übernimmt eine sogenannte „Fürsorgepflege“ für solche Tuberkulose, bei denen das Heilverfahren nicht fortgesetzt werden konnte, weil das Leiden nicht mehr besserungsfähig war, sofern durch die Rückkehr des Kranken die Familie gefährdet wird. Das Reich hat in den seiner Verwaltung unterstehenden Versorgungsanstalten je etwa 10% der Betten für die Aufnahme solcher tuberkulöser Kriegsbeschädigter bestimmt, „die bei fortgeschrittenem Leiden der häuslichen Pflege entbehren oder die besonders bei den jetzigen Wohnungsverhältnissen eine gefährliche Infektionsquelle darstellen“. Viele Träger der öffentlichen Fürsorge oder der Reichsversicherung bedienen sich im gleichen Sinne der kleinen, klimatisch günstig gelegenen Krankenhäuser. Trotz aller Erleichterungen zeigt es sich, daß selbst in der Rheinprovinz, wo die Landesversicherungsanstalt seit dem Jahre 1906 vorbildlich bemüht ist, die siechen

<sup>1</sup> Einzelheiten in der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 1926 und 1928.



Tuberkulösen gegen Abtretung der Rente in Krankenhäusern zu verpflegen, die Zahl der mehr als zwei Jahre in der Anstalt bleibenden zwar im ständigen Ansteigen ist, trotzdem aber noch kaum die Hälfte aller Verpflegten ausmacht. Der Wechsel der Kranken ist noch recht groß, die Zahl der Kranken, die zur Familie zurückkehren, übertrifft fast überall die der bis zum Tode in Anstaltspflege bleibenden. Wie groß die Spanne zwischen der theoretischen Forderung auf Bewahrung ansteckender Tuberkulöser und ihrer praktischen Durchführung in der Rheinprovinz ist, wo die verhältnismäßig günstigsten Ergebnisse erzielt sind, ersieht man aus dem Vergleich, wieviel Renten jährlich wegen Tuberkulose neu bewilligt werden und wie wenig Personen gegen Abtretung der Rente jährlich neu in Heime einziehen. Das Bestreben, die Bewahrung der ansteckend Tuberkulösen zu verbilligen, mußte in dem Augenblick wieder die Aufmerksamkeit auf die Benutzung von Siechenhäusern lenken, in dem sich solche Anstalten in ihren Leistungen über primitive Zustände hinaushoben. Ein ganz auf pflegerische Zwecke eingestellter Gesamtbetrieb kann wesentlich billiger als Krankenhäuser oder Heilstätten arbeiten und verdeckt durch gleichzeitige Aufnahme anderer chronisch Kranker für die Tuberkulösen den Isolierzweck. Im Hospital der Stadt Berlin in Buch, das zur Aufnahme von pflegebedürftigen chronisch Kranken aller Art dient, ist ein solcher Versuch gemacht worden. Etwa 200 ansteckende Tuberkulöse im vorgeschrittenen Stadium sind dort in besonderen Abteilungen innerhalb des etwa 1500 Betten zählenden Komplexes untergebracht. Da die Selbstkosten des Verpflegungstages im Hospital nur halb so groß wie im Krankenhaus oder in der Heilstätte sind, ist für den Kostenträger eine erhebliche Ersparnis möglich. Die Leistungen für die Pfleglinge sind allerdings in manchen Punkten noch verbesserungsbedürftig. Im Jahre 1929 eröffnete die Stadt Berlin eine neue Anstalt, das Hospital Buch-West. Es bietet mehr als 300 siechen Tuberkulösen Platz und verpflegt daneben in einem anderen Hause in Betriebs- und Wirtschaftsgemeinschaft auch nichttuberkulöse Sieche. Die Hoffnung, hiermit eine nennenswerte Gefahrenverminderung für die Allgemeinheit herbeiführen zu können, darf allerdings nicht zu hoch gespannt werden. Bei einer Stichprobe, die im Jahre 1925 gemacht wurde, war nur etwa  $\frac{1}{3}$  der Insassen länger als ein Jahr in der Anstalt, und  $\frac{2}{3}$  der Pfleglinge konnten nicht als hochgradig gefährlich bezeichnet werden, da sie als Ledige oder Geschiedene wahrscheinlich nur geringe Möglichkeit zur Ansteckung der besonders empfänglichen Altersklassen geboten hatten. Da mehr als  $\frac{1}{3}$  der Pfleglinge das 60. Lebensjahr überschritten hatte und

gerade bei den „alten Hustern“ die tuberkulöse Erkrankung häufig unerkannt bleibt<sup>1</sup>, kann wenigstens insofern von einem Nutzen gesprochen werden, als die Möglichkeit unterbunden wird, daß diese Menschen kleine Kinder pflegen. Nach den Erfahrungen, die bisher in Deutschland und den nordischen Ländern gemacht worden sind, ist für die Bekämpfung der Tuberkulose auch die Benutzung von Anstalten mit Siechenhauscharakter durchaus möglich, sofern ihr Betrieb gewisse Voraussetzungen erfüllt. Dazu gehört, daß die Anstalten im Sinne von Krankenanstalten eingerichtet und betrieben und nicht lediglich Tuberkulösen vorbehalten werden. Zweitens müssen den Tuberkulösen diejenigen Vergünstigungen in der Beköstigung zuteil werden, die ihre Erkrankung erfordert. Psychologisch wesentlich ist dabei die Tatsache, daß die Mehrzahl aller chronischen Phthisiker, die isoliert werden sollen, durch frühere Aufenthalte in Heilstätten meist an bestimmte Quantität und Qualität der Verpflegung gewöhnt sind, die ihnen ohne Rücksicht auf andere Gesichtspunkte auch weiter gegeben werden muß, wenn man nicht sofort Unzufriedenheit heraufbeschwören will. Weiter ist in solchen, dem Pflege- und Bewahrungszweck dienenden Anstalten auch in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung auf die Bedürfnisse der Tuberkulösen Rücksicht zu nehmen. Dazu gehört die Betreuung durch einen Facharzt, der nicht nur Psycholog sein muß, sondern auch durch medikamentöse Therapie und vor allem Beschäftigungsbehandlung in regelmäßigem Wechsel mit Liegekuren auf die Kranken einwirken muß. Wenn alle diese Voraussetzungen erfüllt sind, bleiben die Unkosten der Verpflegung immer noch erheblich hinter denen der Krankenhäuser zurück. Daneben müssen aber auch die Hindernisse, die nicht in der Person des Patienten liegen, aus dem Wege geräumt werden. Weder dem Tuberkulösen selbst noch seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen dürfen für die Unterbringung Unkosten entstehen, die sie nicht zu tragen vermögen. Bei Personen, die Anspruch auf Rente aus der Reichsversicherung usw. haben, muß dafür gesorgt werden, daß der bezugsberechtigten Familie ein Anteil der Rente und der Kinderzuschuß erhalten bleibt. In allen anderen Fällen müssen den Fürsorgebedürftigen Zuschüsse von den Bezirksfürsorgeverbänden bewilligt werden, deren Höhe im Einklang mit dem beabsichtigten Zweck stehen soll. Das Verfahren bei kriegsbeschädigten Tuberkulösen kann als vorbildlich hingestellt werden. Wenn ein Kranker wegen Siechtums untergebracht wird, so erhält die Familie als

<sup>1</sup> GOLDMANN und WOLFF, Über Tuberkulose bei alten Leuten. Klinische Wochenschrift, Jg. 3, Nr. 38. 1924.

Rente die gleiche Summe, die bei Hinterbliebenenbezügen gezahlt wird. Viele Schwierigkeiten lassen sich durch verständnisvolles Hand-in-Hand-Arbeiten von Versicherungs- und Fürsorgeträgern aus der Welt schaffen. Eine solche Vereinbarung, die grundsätzlich bedeutungsvoll ist, haben die Württembergische Landesfürsorgebehörde und die LVA. Württemberg getroffen.

1. Die Landesversicherungsanstalt benachrichtigt die Landesfürsorgebehörde von der Rentenbewilligung an Versicherte, die an offener Tuberkulose leiden, mit dem Ersuchen, mit Beschleunigung die Asylierungsfrage näher zu prüfen. Die Landesfürsorgebehörde übermittelt das Ersuchen der Landesversicherungsanstalt an die zuständige Bezirksfürsorgebehörde, welche im Einvernehmen mit der örtlichen Tuberkulosefürsorgestelle Erhebungen über die maßgebenden persönlichen und häuslichen Verhältnisse im Einzelfall anstellt, sich über die Notwendigkeit der Asylierung schlüssig macht und gegebenenfalls deren Durchführung beantragt.

2. Den Antrag auf Asylierung kann auch der Rentenempfänger selbst stellen. Unter allen Umständen ist sein Einverständnis mit dieser Maßnahme erforderlich sowie seine unterschriftliche Erklärung, daß er über die Dauer der Asylierung seine Rente der Landesfürsorgebehörde überträgt.

3. Die Asylierung sollte in allen Fällen erfolgen, wo der an offener Tuberkulose leidende Rentenempfänger besonderer Pflege bedürftig ist, die er zu Hause entbehrt, oder aber für seine Umgebung nach Lage der häuslichen Verhältnisse (Kinderzahl, Wohn- und Schlafzimmer) eine Ansteckungsgefahr bildet.

4. Die Landesfürsorgebehörde teilt der Landesversicherungsanstalt das Ergebnis der angestellten Erhebungen und ihre Entschlüsse mit, gegebenenfalls unter Angabe von Ort und Beginn einer etwaigen Asylierung.

5. Die Landesversicherungsanstalt beteiligt sich an den Kosten der Asylierung:

a) durch Überweisung der Rente ohne Kinderzuschuß an die Landesfürsorgebehörde und außerdem

b) dann mit einem monatlichen Zuschuß im Betrag von 40 Mark, wenn

aa) der Rentenempfänger nach seiner ganzen Lebensführung sich für Asylierung eignet,

bb) die Kosten nicht von diesem aus eigenem Vermögen, aus Rentenbezügen u. a., oder auch von seinen zum Unterhalt verpflichteten Verwandten bestritten werden können.

Bezieht der Rentenempfänger Rente wegen Kriegsbeschädigung, so kommt ein besonderer Zuschuß der Landesversicherungsanstalt nicht in Frage.

Hat er noch Ansprüche an eine Krankenkasse, so wird nach der Vereinbarung zwischen der Landesversicherungsanstalt und der Arbeitsgemeinschaft der württembergischen Krankenkassenverbände zunächst die Krankenkasse die notwendige Krankenpflege gewähren; erst im Anschluß daran käme die Asylierung auf Rechnung der Fürsorgebehörde in Betracht.

6. Der dem Rentenempfänger von der Landesversicherungsanstalt zustehende Kinderzuschuß wird auch während der Asylierung an die Familie ausbezahlt.

Im übrigen ist davon auszugehen, daß sich die Bezirksfürsorgebehörden eine etwa notwendige weitergehende Familienunterstützung besonders angelegen sein lassen. Ein Hausvater wird und kann sich nur dann zum

Aufsuchen eines Krankenhauses (Asylierung) entschließen, wenn er weiß, daß für seine Familie während seiner Abwesenheit ausreichend gesorgt ist. Gerade bei großer Kinderzahl wird Familienunterstützung nicht zu umgehen sein, zumal hier die Asylierung zum Zweck der Unterbindung der Ansteckungsgefahr ganz besonders wichtig ist.

Die Familienunterstützung wird häufig durch die Tuberkulosefürsorgestelle erfolgen, die ihrerseits wieder auf teilweisen Ersatz ihres Aufwandes durch den Staat und den württembergischen Landesausschuß für Tuberkulosebekämpfung rechnen kann.

Wird nicht die Angliederung an ein Pflegeheim, sondern der Typ der selbständigen Sonderanstalt vorgezogen, so kommt lediglich die Einrichtung kleiner Heime mit höchstens 30 Plätzen in Frage. Diese tragen dann mehr den Charakter eines Wohnheimes, können also zweckmäßig nebenbei als Übergangsheime zwischen Anstaltsaufenthalt und Rückkehr ins Berufsleben benutzt werden. Beispiele hierfür finden sich besonders in Nürnberg und Stettin. (Vgl. Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. VI, S. 119.)

**3. Gruppierung der Kranken innerhalb der Anstalt.** Bei der Verteilung der Pfleglinge auf die einzelnen Abteilungen der Anstalt muß auf das Geschlecht, das Alter, die Zugehörigkeit zu bestimmten Gesellschaftsschichten und gewisse Begleiterscheinungen von chronischen Erkrankungen Rücksicht genommen werden.

GROTHAHN hat die Auffassung vertreten, die Anstalt nur für ein Geschlecht zu bestimmen. Gerade aus dem Gedanken heraus, die Wirtschaftlichkeit der Anstalt zu erhöhen, empfiehlt es sich aber, in größeren Anstalten beide *Geschlechter* aufzunehmen und durch Unterbringung in verschiedenen Häusern, Flügeln oder Stockwerken, bei völliger Trennung der Gärten, die Anstaltsdisziplin aufrechtzuerhalten. Einzelne Städte haben bei großem Bedarf Anstalten errichtet, die nur für Frauen bestimmt sind.

Weit wesentlicher als die Frage der Trennung nach Geschlechtern ist die Berücksichtigung der verschiedenen *Lebensalter*. Besonders die jugendlichen Siechen, und unter ihnen wiederum die siechen Krüppel, die nicht selten intellektuell hochstehend sind, leiden unter dem ständigen Zusammenleben mit Alten und Schwerkranken. Es ist unbedingt erforderlich, für diese jugendlichen Krüppel besondere Abteilungen zu schaffen. Da der Bedarf an Plätzen für sie verhältnismäßig gering ist, verdient die Zentralisierung aller jugendlichen Krüppel aus einem größeren Gebiet an einer einzigen Stelle den Vorzug. Wo die Zusammenfassung in einer Abteilung nicht möglich ist, ist es zweckmäßiger, die siechen Krüppel in jugendlichem Alter in den Vollanstalten zu belassen. Damit ist den individuellen Wünschen dieser bedauerns-

werten Menschen Rechnung getragen, allerdings für die Fürsorgebehörde das Problem noch nicht gelöst.

Um den psychologisch so wesentlichen Zusammenhang mit anderen Leidensgefährten der gleichen Krankheitsart zu erhalten, bleibt in Berlin ein Teil der krüppelsiechen Kinder in den Krüppelheilanstalten, wo sie unter den gleichen äußeren Verhältnissen wie alle anderen leben, aber aus der klinischen Behandlung, Beschulung und Ausbildung ausgeschaltet sind. Die Verpflegungskosten sind nach den verschiedenen Zwecken, die in der Anstalt verfolgt werden, abgestuft. Sie sind am höchsten für die sogenannten „Vollkrüppel“, geringer für die nur zur klinischen Behandlung überwiesenen Krüppel, senken sich für Lehrlinge und sind am geringsten für sieche Krüppel. Eine andere Lösung, die gleichfalls den psychologischen Bedürfnissen der krüppelsiechen Kinder und Jugendlichen entgegenkommen soll, ist im Jugendland Zossen der Stadt Berlin gefunden worden. Dort sind im Rahmen einer großen Anlage, die den Zwecken der Verschickung von Kindern zur Erholung und der Schullandheimbewegung dient, in einem abseits gelegenen, aber wirtschaftlich einbezogenen Hause etwa 50 Plätze zur Unterbringung von Siechen bis zum 21. Lebensjahre geschaffen. Für Betreuung durch Schwestern und Facharzt ist ebenso gesorgt wie für geistige Anregung durch Lehrpersonal.

Eine Trennung nach der Zugehörigkeit zu bestimmten Klassen oder *Ständen* sollte vermieden werden. Wenn es auch notwendig ist, die Pfleglinge nach ihrer Interessensphäre und ihren früheren Gewohnheiten zusammenzulegen, so dürfen hieraus nicht etwa verschiedene Verpflegungsklassen abgeleitet werden. Wie FELD betont, sind wir fast alle der Gefahr ausgesetzt, auch ohne gesellschaftlichen Dünkel dem Trugschluß zu unterliegen, als ob Menschen, die in geringerer Lebenslage viel bescheidener als wir leben müssen, hieran so gewöhnt sind, daß sie die damit verbundenen Entbehrungen und Beschwerden nicht empfinden. Es ist vielmehr unbedingt anzustreben, daß die Leistungen der Anstalt eine Höhe erreichen, die sachlich berechtigten Ansprüchen genügt. Wenn es auch bereits jetzt eine Reihe solcher Anstalten gibt, die gleich gern von allen Kreisen der Bevölkerung aufgesucht werden, so gibt es doch leider eine ganze Reihe anderer, die nicht den Anforderungen, die man an eine Krankenanstalt stellen muß, gerecht werden. Der größte Teil der Insassen setzt sich aus Unterstützungsempfängern und Sozialrentnern zusammen, dazu kommen in wechselnder Zahl Kleinrentner und Angehörige des Mittelstandes, während Selbstzahler verhältnismäßig selten gefunden

werden. Offenbar ist also die Lücke zwischen Armenhaus und Privatsanatorium noch nicht ausgefüllt.

In früheren Zeiten sind Anstalten häufig deswegen in Verruf gekommen, weil sich unter den Insassen in nicht geringer Zahl auch Personen befanden, die erhebliche Freiheitsstrafen verbüßt hatten oder als chronische Trinker, Landstreicher, Bettler bekannt waren. Nach den übereinstimmenden Erfahrungen nehmen die Unzuträglichkeiten durch diese Pflinglinge kein Ende. Eine der wesentlichsten Aufgaben bei der Modernisierung des Siechenhauswesens ist es, Pflegebedürftige, die sich wegen ihrer Vergangenheit, ihres Charakters und ihrer Lebensführung mit anderen Pflinglingen nicht vertragen können, in einer besonderen Abteilung, die zweckmäßig dem Arbeitshaus angegliedert wird, unterzubringen.

Kranke, die an *Geschwülsten* leiden und pflegebedürftig geworden sind, bedürfen besonderer Fürsorge. Das Verfahren, große „Krebssäle“ zu schaffen, ist aber das schlechteste, das überhaupt erdacht werden kann. Vielmehr muß dann, wenn die Kranken durch ihr Leiden für die Umgebung lästig werden, besonders also bei den stark riechenden, bösartigen Neubildungen an den weiblichen Geschlechtsorganen, die Unterbringung in kleinen Zimmern erfolgen. In vielen Anstalten wird auch bereits in diesem Sinne gehandelt.

Am schwierigsten ist die Unterbringung der *unsauberen* Kranken. Ihre Zahl ist verhältnismäßig groß. Meist werden sie auf Sonderstationen oder in kleineren Abteilungen zusammengefaßt. Ähnlich wie in den Irrenanstalten verwendet man zur Lagerung häufig Torfmull wegen seiner aufsaugenden, desodorierenden und das Durchliegen erschwerenden Eigenschaften und des billigen Preises. Trotzdem verdient gerade mit Rücksicht auf die Umgebung, auf der das Krankheitserlebnis schon genug lastet, die Lieferung von Gummiunterlagen den Vorzug.

*Unruhige* Kranke werden häufig in Siechenhäusern nicht gehalten werden können, sondern den Irrenanstalten überwiesen werden müssen. Soweit es sich nur um die nächtliche Unruhe der Greise handelt, kann aber, wie es mehrfach geschehen ist, die Einrichtung einer kleinen Wachabteilung ausreichen.

Bei den vielen, immer wieder auftretenden Schwierigkeiten in der Unterbringung darf nie vergessen werden, daß chronisch Kranke durch die Qual der langen Krankheitsdauer, das Wissen um ihre Unheilbarkeit, das allmähliche Schwinden der Funktionen seelisch aufs schwerste beeinträchtigt werden. Mit der Länge des Anstaltsaufenthaltes und mit der zunehmenden Entfremdung

gegenüber der Welt nimmt auch ihre Reizbarkeit zu. Es ist durchaus möglich, vielen Wünschen entgegenzukommen, wenn wenigstens dort, wo kleine Zimmer fehlen, durch das *Boxensystem* die optische Trennung unter Erhaltung der akustischen Gemeinschaft erfolgt.

**4. Beköstigung.** Der Ausspruch: „Der Anstaltsfrieden geht durch den Magen“, bewahrheitet sich nirgends so sehr wie in Siechenanstalten. Gegenüber der Krankenhausernahrung können in der Beköstigung die Zulagen, die der Mast dienen, wegfallen. Der verminderte Betriebsstoff- und Baustoffwechsel, die Bewegungsarmut der Greise, die Verminderung des Körpergewichtes und der erhöhte Eiweißerfall bei fortschreitenden Krankheitsprozessen, schließlich Mangelhaftigkeit des Gebisses mit den Folgen am Verdauungsapparat müssen bei der Festsetzung des Kostmaßes berücksichtigt werden. Als *Nahrungsbedarf* kann nach den Untersuchungen über das Nahrungsangebot, mit dem gesunde Sechzigjährige auskamen, nach theoretischen Berechnungen, die ein ziemlich gleichlautendes Ergebnis hatten, und nach den Untersuchungen über den Ruhe-Nüchternwert bei Bettlägerigen ein Mittelwert von etwa 1900 Kalorien je Tag und Kopf als sachentsprechend angenommen werden. Die Quantität des Nahrungsangebotes muß sich in dem Umfang, in dem die Pflinglinge sich im Anstaltsbetriebe beschäftigen und in dem jüngere Kranke vorhanden sind, erhöhen. Gerade bei den Menschen, die jahrelang in einer Anstalt leben, ist auch die Form der Zubereitung und Darreichung ausschlaggebend, wenn nicht nach kurzer Zeit das Gefühl des Abgegessenseins entstehen soll. Die Wichtigkeit einer quantitativ und qualitativ ausreichenden, abwechslungsreichen und appetitlichen Ernährung wird vielfach verkannt. Der Haupteinwand richtet sich dagegen, daß die Pflinglinge besser ernährt werden, als sie es außerhalb der Anstalt gehabt hätten. Auch hier muß wieder betont werden, daß wir die Verpflegung in Siechenhäusern nicht nach dem erzwungenen Lebenszuschnitt der Ärmsten, sondern nach dem objektiv erforderlichen Bedarf des Kranken bemessen müssen. Geschieht dies, so fällt auch die noch öfters übliche besondere Beköstigung für Selbstzahler fort, die nur — mit Recht — die Unzufriedenheit der anderen erregt. Verschiedene *Kostformen* sind unentbehrlich. Im allgemeinen wird eine Einheitskost, die sich an die Familienernährung der Gesunden anschließt, und eine Krankenkost unterschieden. Für diejenigen, die Arbeit leisten, sind Zulagen vorgesehen. Besondere Berücksichtigung verdienen die chronischen Phthisiker und die Diabetiker. Den Tuberkulösen müssen Kostzulagen gewährt werden,

die den Unterschied zu der Mast in Heilstätten nicht zu kraß empfinden lassen. Zur genauen Kontrolle sind Beköstigungsordnungen unentbehrlich, bei denen zweckmäßig die Höchstmengen der einzelnen Nahrungsmittel festgesetzt werden, so daß die Anstaltsleitung je nach der Marktlage die Möglichkeit der freien Wahl hat.

**5. Kleidung.** Gegen die aus hygienischen und Ordnungsgründen zu wünschende *Anstaltskleidung* werden eine ganze Reihe von Einwendungen gemacht. Die Pfleglinge legen Wert darauf, ihre „Zivilkleidung“ zu tragen, indem sie auf die Ähnlichkeit der heute noch üblichen Anstaltsbekleidung mit Sträflingskleidung hinweisen. Die Anstaltsverwaltung hätte mit dem Ausgeben und Einsammeln der Privatkleidung viel Arbeit, da ein Teil der Pfleglinge die Anstalt öfter zu Spaziergängen verläßt. Unter diesen Umständen wird ein Zwang, Anstaltskleidung zu tragen, um so weniger ausgeübt werden können, als die Industrie bisher eine gut aussehende, waschbare Kleidung zu billigem Preise noch nicht auf den Markt gebracht hat. Tatsächlich wird auch nur selten Anstaltskleidung gegeben. Die Anstalten beschränken sich darauf, die mitgebrachten Sachen auszubessern oder zu ergänzen. Dagegen ist es notwendig und auch leicht durchführbar, daß nur Leibwäsche, die von der Anstalt geliefert ist, getragen wird. Dadurch wird bei regelmäßiger Ausgabe frischer Wäsche der Sauberkeit gedient und das Verwecheln von privatem Eigentum bei der Waschanstalt vermieden. Viele Anstalten verlangen bei der Aufnahme den Nachweis eines bestimmten Bestandes an Kleidern und Wäsche.

Die reglementmäßige Ausstattung für die Provinzialpfleganstalt der Provinz Starkenburg bei Eberstadt besteht für Männer aus: 1. 2 Röcken oder Jacken, 2 Westen und 2 Beinkleidern; 2. 2 Halstüchern; 3. 2 Paar Hosenträgern; 4. 2 Unterhosen; 5. 3 Paar Strümpfen; 6. 4 Hemden; 7. 4 Taschentüchern; 8. 2 Kopfbedeckungen; 9. 2 Paar ledernen Schuhen oder Stiefeln. Für Frauen werden verlangt: 1. 2 Oberkleider oder Röcke mit Jacken; 2. 2 Leibchen; 3. 2 Schürzen; 4. 2 Halstücher; 5. 2 Unterröcke; 6. 3 Paar Strümpfe; 7. 4 Hemden; 8. 3 Paar Frauenunterhosen; 9. 4 Taschentücher; 10. eine Kopfbedeckung; 11. 2 Paar Schuhe; 12. 3—4 Bettjacken.

**6. Taschengeld.** Es ist leider keine Seltenheit, daß Insassen von Siechenanstalten bettelnd angetroffen werden. Der Wunsch, zur Bestreitung von kleinen Ausgaben, gelegentlicher Anschaffung von Genußmitteln, Bezahlung von Briefporto und Fahrgeld die notwendigen Mittel zu besitzen, bringt die Pfleglinge auf diesen Ausweg. Deswegen muß für diese an sich geringen Ausgaben



grundsätzlich allen Insassen, die auf öffentliche Kosten verpflegt werden, ein kleines Taschengeld gewährt werden. Denjenigen Personen, die eine Rente beziehen, werden vielfach Teile dieser Rente zur freien Verfügung überlassen. Sie sind damit im Vorteil gegenüber vielen anderen Pflinglingen. Ein Unterschied zwischen Rentnern und Nichtrentnern sollte aber nicht gemacht werden, da er nur die Unzufriedenheit erregt. Zum Teil werden die nötigen Summen dadurch eingebracht werden können, daß vor der Aufnahme in die Anstalt Abtretungserklärungen gefordert werden, wonach der Fürsorgebedürftige mit der Ersatzleistung aus der ihm aus der RVO., aus dem Reichsknappschaftsgesetz, dem Versicherungsgesetz für Angestellte oder dem Reichsversorgungsgesetz zustehenden Rente einverstanden ist. In Berlin wird für die auf städtische Kosten untergebrachten Pflinglinge das monatliche Taschengeld auf 10% der Invaliden- und sonstigen Rente, Pension oder laufenden Bezüge festgesetzt, mindestens aber beträgt es monatlich 3 M., soweit andere gleichhohe Einkünfte nicht vorhanden sind. Hierbei wird die Bedingung gestellt, daß die Bezüge für die Dauer der Anstaltsunterbringung in voller Höhe abgetreten werden.

**7. Pflegepersonal.** Auf dem gesamten Gebiete des Bewahrungswesens sind die Verhältnisse im Krankenpflegeberuf dringend *reformbedürftig*. Der Dienst in den Siechenhäusern wird vielfach gemieden, da die Ausbildungsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen und Besoldung gegenüber den Krankenhäusern zu ungünstig sind. Dazu kommt, daß das dauernde Zusammensein mit unheilbar Kranken an die Arbeitskraft, Charakterstärke und Berufsfreudigkeit des Personals ungewöhnlich hohe Anforderungen stellt. Zudem ist leider vielfach in Siechenhäusern als Überbleibsel aus früheren Zeiten der Dienst am Kranken selbst von den Reinigungsarbeiten im Hause nicht getrennt, häufig wird überhaupt nur für die Arbeiten außerhalb der Station Hauspersonal zur Verfügung gestellt. Je mehr die Siechenhäuser den Charakter der Armenanstalt abstreifen und eine Pflegestätte für chronisch Kranke werden, um so notwendiger wird es auch in den Siechenhäusern, *Pflegedienst und Hausarbeit* vollkommen voneinander zu trennen und verschiedenem Personal zu übergeben. Damit wird den Wünschen des Pflegepersonals Rechnung getragen, und gleichzeitig tritt durch die vermehrte Verwendung von Hauspersonal eine Ersparnis an qualifiziertem Pflegepersonal ein. Auch heute noch gibt es eine ganze Reihe größerer Siechenanstalten, dessen Pflegepersonal keine *fachliche Ausbildung* besitzt, wenn sich auch gerade in den letzten Zeiten hier manches zum besseren gewendet

hat. Neuere Anstalten verfügen bereits über einen Stamm von Pflegepersonal mit *staatlicher Anerkennung* als Krankenpflegepersonal. Selten sind Schwestern tätig, in der Mehrzahl der Anstalten arbeitet tarifliches Personal. Wenn die Siechenanstalten der Zukunft den Anspruch darauf erheben wollen, wirklich Pflegestätten für chronisch Kranke zu sein, so werden sie unter allen Umständen darauf Wert legen müssen, bei Neueinstellungen nur staatlich geprüfte Krankenpflegepersonen zu nehmen und außerdem das vorhandene Personal nachzuschulen. Die *Zahl* der erforderlichen Pflegepersonen ist in Siechenanstalten nicht unwesentlich kleiner als in Krankenhäusern, da zahlreiche Einrichtungen, die verhältnismäßig viel Personal in Anspruch nehmen, fehlen. Nach den bisherigen Erfahrungen genügt in solchen Siechenhäusern, in denen nicht nur dauernd bettlägerige Schwerkranke verpflegt werden, etwa für 15—20 Betten eine Pflegeperson. Voraussetzung ist aber, und hierauf müßte in Zukunft sorgfältiger geachtet werden, daß in genügendem Umfang Hauspersonal zur Verfügung gestellt und damit das qualifizierte Pflegepersonal für seine eigentlichen Aufgaben frei gemacht wird. Die *Arbeitszeit* ist durch die Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Arbeitszeit in den Krankenpflegeanstalten vom 13. Februar 1924 und die dazu erlassenen Grundsätze vom 17. Mai 1924 geregelt. Sie begrenzen die wöchentliche Höchstarbeitszeit auf 60 Stunden, die tägliche Höchstarbeitszeit auf 10 Stunden und verlangen, daß angemessene Pausen dazwischengeschaltet sind. Alle Arbeitnehmer im Sinne des § 10 des Betriebsrätegesetzes, die den persönlichen Dienst am Kranken leisten, also vor allem Pfleger und Wärter, und alle Dienstverrichtungen, die betreffend ihres Zeitpunktes vom Kranken abhängen (so Masseur, Bademeister, Küchenpersonal) sind dieser Bestimmung unterworfen, während Arbeiten, die nicht unmittelbar am Kranken geleistet werden, (also Heizer und unter Umständen einzelne Gruppen des Hauspersonals) ausgenommen sind. Beamte und Beamtenanwärter, also im allgemeinen Schwestern, sowie Personen, deren Beschäftigung nicht in erster Linie ihrem Erwerb dient, sondern religiös oder karitativ bestimmt ist, z. B. Ordensschwestern, sind auf Antrag der Anstaltsleitung von dieser Regelung befreit. Am zweckmäßigsten ist eine *Diensteinteilung*, die eine 48stündige Arbeitswoche zugrunde legt und den Arbeitstag durch größere Pausen teilt. Mit einer solchen Regelung ist allerdings die Voraussetzung verbunden, daß dem Personal menschenwürdige Wohnungen und gute Beköstigung in der Anstalt zur Verfügung gestellt werden. Die *Besoldung* des Pflegepersonals ist heute meist durch

Tarifverträge geregelt, die je nach der Vorbildung eine verschiedene Abstufung der Bezüge vorsehen.

In Berlin sind Oberpfleger in die Gruppe Va, stellvertretende Oberpfleger in Vb, Pfleger mit staatlicher Anerkennung in VIa und Pfleger ohne staatliche Anerkennung in VIIa der städtischen Besoldungsordnung eingereiht.

**8. Ärztliche Versorgung.** Wie sehr Ärzte in Siechenhäusern *notwendig* sind, ist bis in die jüngste Zeit hinein oft verkannt worden. Der Arzt im Pflegeheim hat sich nicht nur verantwortlich an den Verwaltungsgeschäften zu beteiligen, das Pflegepersonal zu überwachen, die Hygiene des Anstaltsbetriebes zu kontrollieren, sondern die sehr schwierige Aufgabe, die Kranken körperlich und vor allem seelisch zu behandeln und ihre Arbeitskräfte nach sozialhygienischen Gesichtspunkten zu verwenden.

Unter den gebräuchlichen *Arztsystemen* finden sich alle Schattierungen von der nebenamtlichen Verpflichtung eines Arztes auf Einzelwochenstunden bis zur hauptamtlichen Tätigkeit. Für kleine Anstalten, in denen der Arzt verhältnismäßig wenig beansprucht wird, ist das *nebenamtliche* System am Platze. Doch bürgert sich immer mehr der Brauch ein, ärztliches Personal, das auf dem Gesamtgebiete des Gesundheitswesens und der Wohlfahrtspflege tätig ist, auch für die Arbeit der Siechenhäuser heranzuziehen. In einzelnen Städten versorgt der in der offenen Wohlfahrtspflege tätige Arzt gleichzeitig die vorhandenen Altersheime und Siechenanstalten, in anderen sind Ärzte der Krankenhäuser mit dieser Aufgabe betraut. Gerade diese Regelung, die sich naturgemäß für benachbart liegende Anstalten am ersten eignet, hat den Vorteil, daß sie die Benutzung der modernen klinischen Untersuchungsmethoden und Einrichtungen des Krankenhauses erleichtert und die Erfahrung der Krankenhausärzte verwenden kann. Sie hat den Nachteil, daß die Ärzte bei Überlastung mit Arbeit geneigt sind, ihre Tätigkeit im Siechenhause hintanzustellen. Für alle Anstalten mit mehr als 300 Betten verdient das *hauptamtliche* System den Vorzug. Es ist in einer Reihe größerer Anstalten bereits durchgeführt, so in Berlin, Breslau (Herrnprotsch), Dresden, Eberstadt, Hamburg, Hannover, Leipzig, Sinsheim, Wittstock. Wenn es auch mißlich ist, für die Zahl der Betten, die ein Arzt allein versorgen kann, eine Norm aufzustellen, da die Zahl der Zugänge und die Art der Erkrankungen gerade in Siechenhäusern außerordentlich verschieden sind, so muß doch an der Art und Weise, wie viele Siechenhäuser ärztlich versorgt werden, ernste Kritik geübt werden. Ein hauptamtlicher Arzt wird kaum in der Lage sein, mehr als 300 Pfleglinge übersehen

zu können. Diese Zahl verringert sich in dem Maße, in dem die Schwerkranken, dauernd Bettlägerigen überwiegen oder der Krankenbestand häufiger wechselt. In letzterem Falle wird etwa auf 100—150 Betten ein Arzt gerechnet werden müssen.

Da die am häufigsten vorkommenden Erkrankungen zu den Gebieten der Neurologie und Psychiatrie Beziehungen haben, sollten in großen Anstalten Ärzte mit entsprechender Vorbildung den Vorzug erhalten. Daneben ist die Mitarbeit von Fachärzten unentbehrlich. Hauptsächlich werden Augenärzte und Zahnärzte gebraucht. Werden sie seltener in Anspruch genommen, so erfolgt ihre Bezahlung nach Einzelleistung, bei ansteigendem Arbeitsumfang werden sie nebenamtlich fest verpflichtet. Die nebenamtlichen Ärzte werden entweder im Wege der pauschalen Abgeltung oder aber durch Bezahlung einer bestimmten Wochenstundenzahl besoldet, wobei im allgemeinen Hundertsätze der staatlichen oder städtischen Besoldungsordnung zugrunde gelegt werden. Die hauptamtlichen Ärzte sind je nach der Größe der Anstalt, Dienststellung und Mitbeteiligung an der Verwaltungsarbeit in den Gruppen IIa—Ic RBO. eingeordnet.

**9. Arbeit.** Die Begriffe „Siech“ und „Arbeit“ scheinen in unlösbarem Widerspruch zueinander zu stehen. Geht man den Gründen für diese Auffassung nach, so zeigt sich, daß hierbei die verwirrende Begriffsbildung in der Sozialversicherung und die Verknüpfung der Bedürfnisse chronisch Kranker von Bedeutung ist. „Arbeitsunfähigkeit“ und „Erwerbsunfähigkeit“ bedeuten im Sprachgebrauch etwas anderes als in der Gesetzgebung. Der im versicherungsrechtlichen Sinne völlig erwerbsunfähige Gebrechliche kann trotzdem im physiologischen Sinne noch arbeitsfähig sein, sofern er eine ganz bestimmte Tätigkeit unter genau festgelegten äußeren Bedingungen ausüben kann. Nun hat aber die von den Krankenkassen scharf durchgeführte Kontrolle der arbeitsunfähigen Krankengeldbezieher, die aus verwaltungsmäßigen Gründen nicht entbehrlich ist, zur Folge gehabt, daß die Bevölkerung mit dem Begriff der Erkrankung den des Nichtstuns unlösbar verbindet. Der chronisch Kranke, der noch einen mehr oder minder großen Bruchteil von Arbeitskraft besitzt, die er im freien Berufsleben nicht mehr verwerten kann, hat aber ein durchaus berechtigtes Interesse, diese *Teilarbeitskraft* zu verwenden. Bedeutet doch jede Beschäftigung für ihn den einzigen Halt gegen das Gefühl, „auf dem toten Gleis“ zu sein, und schützt ihn vor Mutlosigkeit und Verzweiflung. Im Gegensatz zu den akut verlaufenden Erkrankungsformen, bei denen man von einer regelmäßigen Beschäftigung Kranker wenig Nutzen, eher sogar

Schädigungen erwarten kann, bedeutet die *Beschäftigungsbehandlung* für die chronischen Erkrankungen einen ganz wesentlichen, kaum zu entbehrenden Faktor im Rahmen der gesamten Fürsorge. Für die Anstalten ist sie in ideeller Beziehung geeignet, den Anstaltsfrieden zu erhalten und dadurch die Pflinglinge und das Personal bei ihrer an sich schon aufreibenden Tätigkeit zu schonen. Daneben ist der ökonomische Nutzen nicht zu vergessen,<sup>1)</sup> wenn er auch niemals ausschlaggebend in die Waagschale fallen darf. Auch für das allgemeine Wirtschaftsleben und die kostentragenden Verbände wird somit die Fürsorgelast wenigstens etwas gemindert. Die Forderung, alle Pflinglinge in Siechenhäusern, die nicht dauernd bettlägerig oder aus wesentlichen ärztlichen Gründen von jeder Tätigkeit unbedingt zu befreien sind, zur Beschäftigung heranzuziehen, gründet sich also sowohl auf die individuellen Bedürfnisse wie auf die Interessen der Allgemeinheit. Oberster Grundsatz bleibt, daß jede Beschäftigung *ärztlich verordnet* und *ständig überwacht* werden muß, die Verwendung am richtigen Platze erfolgt, die Arbeitsvorgänge sachentsprechend ausgewählt werden und Kranke und Personal von vornherein gegen jede Unfallmöglichkeit geschützt werden. Aus der Notwendigkeit der Beschäftigungsbehandlung ergibt sich auch die Folgerung, bei dem Aufnahmeverfahren darauf zu achten, daß die Anstalten nicht nur mit dauernd bettlägerigen Schwerkranken gefüllt, sondern immer wieder durch geeignete Mischung mit anderen Krankheitsformen und Krankheitsgraden, wie ruhigen Geisteskranken, Alkoholkranken, harmlosen Psychopathen und Neurotikern davor bewahrt werden, ein Sterbehäus zu werden. Leider sind durch Mißgriffe und Übertreibungen die Bemühungen, der Beschäftigungsbehandlung in Pflegeanstalten allgemein Eingang zu verschaffen, in Mißkredit gekommen. Immerhin hat sich in zahlreichen Anstalten der Grundsatz durchgesetzt und bewährt. Bei der *praktischen Durchführung* kommen im wesentlichen drei Möglichkeiten in Frage: die Mithilfe im engeren Anstaltsbetriebe, die Tätigkeit in Werkstätten und die Außenarbeit in Betrieben, die zur Anstalt gehören. Als geeignete Beschäftigungsarbeiten nennt v. HUGO:

„a) Anhalten zu mitgebrachten Handarbeiten, von der Anstalt zu stellende ganz einfache Näharbeiten, Falten, Schneiden und Kleben von Papier, Lösen von Knoten in Bindfäden u. dgl.

b) Vornahme von Handreichungen aller Art zur Unterstützung des Personals, so beim Geschirrspülen, Essenausteilen, Aufputzen, Bohnern, Bettenmachen, Bindenwickeln, auch für Bettlägerige, wie sie bei freiwillingem Anbieten der Kranken jetzt schon üblich sind. Beschäftigung vorsichtig ausgewählter Kranker zur Hilfeleistung in der Küche erscheint

unbedenklich, hygienische Gefahren angesichts dauernder ärztlicher Aufsicht nicht vorhanden, leichte Hilfsarbeiten in der Wäscherei.

c) Selbständigere und handwerksmäßige Beschäftigung unter Aufsicht des Personals (wird im allgemeinen nur in größeren Krankenhäusern, Heilstätten und Heil- und Pflegeanstalten in Frage kommen), wie Beschäftigung beim Nähen von Wäsche und Kleidungsstücken für die Anstalt, Beschäftigung mit Büro- und Schreibearbeiten, im Garten, in der Landwirtschaft, in den verschiedenen Anstaltswerkstätten, Körbe- und Mattenflechten, Bedienung von Webstühlen, Heranschaffen von Brennstoffen, unter Umständen auch bei Maschinen und dgl.“

Die Empfehlung der Mitarbeit in der Küche und Waschküche ist jedoch nur mit Vorsicht zu gebrauchen, da diese Tätigkeit für viele Kranke zu schwer ist. Die Übernahme des Dienstes am Kranken selbst ist als Aufgabe des berufsmäßigen Krankenpflegepersonals grundsätzlich den vorgebildeten Kräften zu überlassen. Wenn auch hier und da Versuche in dieser Richtung gemacht sind, so kann diese Tatsache keineswegs die Empfehlung auf allgemeine Einführung begründen. Eine ganze Reihe von Anstalten, besonders die größeren, wie das Berliner Hospital Buch, die Breslauer Heilstätte Herrnprotsch, die Dresdner Heil- und Pflegeanstalt, das Altonaer Altenheim, das Elberfelder Alterspflegeheim, das Frankfurter Altersheim, das Kölner Invalidenheim, die großen Pflegeanstalten in Eberstadt, Hub und Sinsheim haben Werkstätten eingerichtet. In ihnen bietet sich Gelegenheit zur Betätigung für die Insassen in sämtlichen Handwerksarten. Eine Berechnung aus dem Hospital Buch in Berlin kommt zu dem Schluß, daß bei einer Bettenzahl von 1500 etwa 219 Pfléglinge für die Mitarbeit erforderlich sind:

10 Schneider	3 Tapezierer
25 Schneiderinnen und Weißnäherinnen	4 Korbmacher
15 Schuhmacher	4 Buchbinder
4 Schlosser	2 Mechaniker
2 Klempner	4 Roßhaarzupfer
4 Tischler	52 Männer und 16 Frauen zur Hilfeleistung bei den Reini- gungsarbeiten und beim Essen- holen auf den Krankenstationen
2 Glaser	
4 Maler	32 Männer und 32 Frauen zur Hilfe auf den anderen Stationen
2 Anstreicher	
2 Maurer	

Die Außenarbeit in Betrieben der Anstalt ist meist gleichbedeutend mit landwirtschaftlicher Tätigkeit. Sie hat den Vorteil, für jeden leicht erlernbar zu sein, so daß sie jedem einzelnen eine passende Tätigkeit bieten kann. Auch Schwachsinnige bewältigen die technischen Arbeiten leicht. Teils handelt es sich um große Wirtschaftsgärten oder Viehhaltungen, teils sind es ausgedehntere Anlagen mit Acker, Wiesenland und Gärtnereien. Ferner finden

sich vielfach eigene Anstaltswäschereien und -bäckereien. Ausdrücklich muß betont werden, daß die Ergebnisse einer solchen Beschäftigungsbehandlung nicht zur Ausnutzung von Kranken und nicht zur Ersparnis von Pflegepersonal führen dürfen. Über die *wirtschaftlichen Werte* dieser Arbeiten gehen die widersprechendsten Urteile um. Hält man die Beschäftigungsbehandlung in den Grenzen dessen, was aus ärztlichen Gründen, lediglich im Interesse der Kranken, verlangt werden kann, so ergibt sich nach den Berechnungen einiger Anstalten eine Ersparnis von etwa 8—10% der Gesamtausgaben. Der Ertrag der Arbeit sollte zunächst nur der Anstalt und damit den Pflinglingen zugute kommen. Die Übernahme von Arbeit für fremde Rechnung darf nur dann in Betracht gezogen werden, wenn das berufsmäßige Handwerk dadurch nicht geschädigt wird, es sich also um Erzeugnisse handelt, deren Herstellung gering bezahlt wird und infolgedessen nur wenig Arbeitnehmer anlockt. In der großen Mehrzahl der Anstalten wird allen Kranken, die tätig sind, eine Prämie oder eine Arbeitsbelohnung in Geld oder Naturalien ausgesetzt. Schon aus psychologischen Gründen sind solche Zulagen notwendig. Ob es zweckmäßiger ist, die Arbeitsbelohnung in Geld oder durch Genußmittelzulage zu geben, wird im wesentlichen davon abhängen, ob es sich um eine abgeschieden auf dem Lande liegende Anstalt handelt oder nicht. Gewichtige Stimmen sprechen sich überhaupt dagegen aus, eine Vergütung zu geben, um den Charakter der Beschäftigung als ärztlicher Verordnung nicht zu verdecken. Indessen wird diese Auffassung in Pflegeanstalten weniger Freunde finden, da die Pflinglinge sich an dem äußeren Erfolg ihrer Arbeit freuen. Die Arbeitsbelohnung, die in Berlin gezahlt wird, beträgt im Durchschnitt monatlich 3 M. und steigt bis zum Höchstbetrag von 8 M.

**10. Hausordnung.** GROTHJAHN hat in seinen Arbeiten zu Fragen des Asylwesens gesagt: „Es mag ungemein schwer sein, eine Anzahl Personen ohne blutsverwandtschaftlichen Zusammenhang zu einem familienartigen Zusammenleben zu veranlassen. Dennoch muß versucht werden, die Frage auch ohne die Mittel zu lösen, die den kirchlichen Gemeinschaften zur Verfügung stehen, um einen genossenschaftlichen Geist unter einer beschränkten Anzahl von Personen, die ein gemeinsames Unglück zu tragen haben, zu erzeugen und festzuhalten.“ Es gehört zweifellos zu den schwierigsten Aufgaben, zwischen der Freiheit eines pensionsmäßigen Lebens und dem Zwange der Kasernierung einen Mittelweg zu finden, der den Pflinglingen in Siechenanstalten einen gewissen Verzicht auf eigene Gewohnheiten und die Einfügung in

eine Anstaltsordnung erleichtert, ohne bei ihnen das Gefühl des Gefangenseins aufkommen zu lassen. Gedruckte Hausordnungen, die in diesem Sinne die *Pflichten der Pfleglinge* gegenüber ihren Mitkranken, dem Anstaltspersonal und der Allgemeinheit umschreiben, können das Personal der Anstalten nicht der Aufgabe entheben, durch liebevolles und verständnisvolles Eingehen auf die Wünsche der Kranken für den Frieden im Hause zu sorgen, sind aber andererseits eine brauchbare Unterstützung dieser Bestrebungen. Sie enthalten allgemeine Vorschriften über das Verhalten in der Anstalt, regeln den Tageslauf und müssen besonders auf die Urlaubs- und Besuchsfrage eingehen. Nicht selten wird den Pfleglingen verhältnismäßig freigiebig *Urlaub* gewährt. Ohne weiteres ist es für ein Altenheim sachtensprechend, wenn die Pfleglinge sich täglich außerhalb der Anstalt bewegen können. Dagegen hat die Pflegeanstalt, gerade wegen ihrer ganz anderen Aufgaben, die Verpflichtung, ihre Pfleglinge zu schützen, zumal sich ja unter ihnen ziemlich viele „Skaven ihrer Freiheit“ befinden, die eben nur unter Führung und Leitung vor der Verwahrlosung bewahrt werden können. Ein schrankenloser Urlaub verträgt sich nicht mit den Zielen der Pflegeanstalt und steht im Widerspruch zu den Grundsätzen, nach denen die Anstaltsaufnahme erfolgt. Wenn man Insassen von Pflegeanstalten bettelnd auf den Straßen trifft, oder wenn schwerkranke Tuberkulöse, die durch eine Morphiumeinspritzung ausgehätig gemacht sind, nach Erlöschen der Morphinwirkung außerhalb der Anstalt zusammenbrechen, zeugen diese Vorgänge genügend für die Notwendigkeit, Häufigkeit und Dauer des Urlaubs im Einzelfall festzusetzen. Die Hausordnungen müssen von Neueintretenden als bindend anerkannt werden. Ein Muster einer solchen Hausordnung sind die nachstehenden Richtlinien zu einer Hausordnung für die Insassen der städtischen Hospitäler in Berlin.

### § 1.

#### Verhalten in der Anstalt.

Die Insassen der städtischen Hospitäler sollen in ihrem Verhalten ihren kranken Mitinsassen gegenüber diejenige Rücksicht walten lassen, die sie selbst wünschen, und ihnen nach Kräften kleine Handreichungen gewähren. Der Genuß geistiger Getränke ist zu vermeiden (s. § 14, 1).

Anordnungen der Anstaltsleitung und ihrer Beauftragten (besonders Ärzten und Pflegepersonal) sind zu befolgen (Beschwerden siehe § 17).

### § 2.

#### Beginn und Ende der Nachtruhe.

Die Insassen stehen, soweit sie nicht durch Krankheit oder Schwäche verhindert sind, bis um 8 Uhr morgens auf und gehen bis um 9 Uhr abends ins Bett. Nach 9 Uhr muß in den Schlafräumen Ruhe herrschen.



Die Insassen haben sich jeden Morgen in den hierzu bestimmten Räumen zu waschen, die Zähne zu reinigen, zu kämmen und an den dazu bestimmten Tagen die vorgeschriebenen Reinigungsbäder zu nehmen und die Wäsche zu wechseln.

## § 3.

## Empfang der Mahlzeiten.

Die Insassen, die nicht durch Krankheit oder Schwäche verhindert sind, haben sich zum Empfang der Mahlzeiten pünktlich zu den festgesetzten Zeiten in den für ihre Station bezeichneten Räumen einzufinden. Längeres Warmhalten und wiederholtes Aufbewahren von Speisen ist nicht möglich.

## § 4.

## Taschengeld.

Die Anstaltsleitung kann das den Insassen bestimmungsgemäß zustehende Taschengeld in Naturalien gewähren, wenn Mißbrauch damit getrieben wird oder wenn der Gesundheitszustand eine zweckdienliche Verwendung ausschließt.

## § 5.

## Beschäftigung.

Jeder Insasse kann nach Maßgabe seiner Kräfte und Fähigkeiten mit Zustimmung des Arztes zu leichteren Arbeiten für die Anstalt in Haus, Garten, Küche und Wirtschaft herangezogen werden. Namentlich hat jeder tunlichst sein Bett selbst zu machen und dieses sowie seine Kleider und seinen Schrank in Ordnung zu halten und sich an der Reinigung der Schlaf- und Wohnräume zu beteiligen, sofern der Arzt keine Bedenken äußert. Die Höhe der Belohnung für Arbeit, die über die Besorgung der Wohn- und Schlafräume hinausgeht, richtet sich nach den bestehenden Vorschriften.

## § 6.

## Urlaubs- und Ausgehzeiten.

Den Insassen kann gestattet werden, sofern sie regelmäßig außer Bett sind und der Arzt nicht dem widerspricht, täglich innerhalb der festgesetzten Zeit (in der Regel in der Zeit von 1—8) auszugehen. Für weiter entfernte Anstalten sind andere Zeitfestsetzungen zulässig. Sie erhalten eine Dauerurlaubskarte, die beim Verlassen der Anstalt vorzuzeigen ist. Vor Antritt des Urlaubs haben die Insassen die ihnen aufgegebenen Arbeiten zu erledigen.

Insassen, deren Zustand regelmäßigen Ausgang nicht erlaubt, bedürfen für jeden Urlaub der schriftlichen Zustimmung des Arztes. Dies gilt vor allem für alle ansteckenden Tuberkulösen. Diese Insassen erhalten jedesmal einen Urlaubsschein, der beim Verlassen der Anstalt vorzuzeigen und bei der Rückkehr wieder abzuliefern ist. Das gleiche gilt bei Urlaub für mehrere Tage oder für andere als die vorgeschriebene Zeit, besonders über Nacht. Diesen erteilt die Anstaltsleitung nur in besonderen Fällen.

Körperlich und geistig Schwachen, namentlich aber Gelähmten, Blinden und Tauben kann Urlaub nur erteilt werden, wenn sie durch eine zuverlässige Person abgeholt und zurückgebracht werden. Das gleiche gilt für Kinder, für die Urlaub stets nur von der Anstaltsleitung erteilt wird.

Der Urlaub darf keineswegs überschritten werden. Von demjenigen der ohne Urlaub und ohne ausreichenden Grund mehrere Tage oder wiederholt über Nacht ausbleibt, wird angenommen, daß er die Anstalt verlassen will und auf Wiederaufnahme verzichtet. Bei Glatteis oder tiefem Schnee

kann die Anstaltsleitung Urlaubsbeschränkungen anordnen oder den Urlaub verweigern.

Zur Ausübung des Wahlrechts ist Urlaub zu erteilen, sofern nicht in der Anstalt gewählt werden kann.

### § 7.

#### Besuchsempfang.

Die Besuchszeit ist im allgemeinen Mittwochs, Sonnabends und Sonntags zu den von der Anstalt festgesetzten Zeiten.

Außerhalb der Besuchszeit kann die Anstaltsleitung Besuchserlaubnis durch Aushändigung einer Besuchskarte, die beim Verlassen der Anstalt wieder abzugeben ist, erteilen. Nach Schluß der Besuchszeit müssen die Besucher das Anstaltsgrundstück sofort verlassen. Aus ärztlichen Gründen kann der Besuch einzelner Kranker untersagt werden. In Ausübung des Hausrechtes kann auch die Anstaltsleitung oder die von ihr besonders Beauftragten bestimmten Besuchern den Besuch verbieten oder sie bei ungebührlichem Verhalten aus der Anstalt verweisen.

### § 8.

#### Gottesdienst.

Sofern kein regelmäßiger Gottesdienst in der Anstalt stattfindet und ein Insasse Teilnahme an solchem oder den Zuspruch eines Geistlichen oder andere religiöse Handlungen wünscht, teilt er dies dem Pflegepersonal mit, welches verpflichtet ist, der Anstaltsleitung unverzüglich Meldung zu machen. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an religiösen Handlungen besteht nicht.

### § 9.

#### Verhalten bei Feuersgefahr.

Bei eintretender Feuersgefahr hält sich jeder auf seiner Station bereit, den Anweisungen, die zu seinem Schutze gegeben werden, zu folgen. Insbesondere kleidet er sich, falls er im Bett liegt und körperlich hierzu fähig ist, sofort an. Jedes Umherlaufen in der Anstalt und das Herandrängen an den Ort des Feuers ist gefährlich und daher streng verboten.

### § 10.

#### Erkrankungen.

Körperliche Beschwerden, namentlich Hautjucken und Durchfälle, sind zur Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten usw. dem Pflegepersonal oder dem Arzt sofort anzuzeigen.

Bettlägerige und solche Insassen, denen Bettruhe verordnet ist, dürfen ohne ärztliche Erlaubnis das Bett oder das Zimmer nicht verlassen.

Die in ärztlicher Behandlung befindlichen, nicht bettlägerigen Insassen halten sich während der Visite in den Zimmern möglichst in der Nähe ihres Bettes auf.

Die verordneten Arzneien werden den Insassen durch das Pflegepersonal verabfolgt. Die Insassen dürfen unter keinen Umständen andere als die ihnen verordneten Arzneimittel anwenden. Das Mitbringen und Aufbewahren von Arzneien ist streng verboten. Die Ärzte sind berechtigt, aus gesundheitlichen Gründen den Tabakgenuß sowie das Mitbringen von Lebensmitteln und Genußmitteln für einzelne Kranke zu untersagen.

## § 11.

## Aufenthalt am Tage.

Bei Tage halten sich die Insassen nach Möglichkeit außerhalb der Schlafräume auf. Das Betreten der Wirtschaftsräume ist nur den dort Beschäftigten gestattet. Nicht kranke Insassen dürfen die Betten nach dem Mittagessen bis 2 Uhr benutzen; hierbei sind die Kleider abzulegen.

Die Benutzung des Gartens ist bis zum Eintritt der Dunkelheit, längstens aber bis 8 $\frac{1}{2}$  Uhr, gestattet.

## § 12.

Das Tabakrauchen ist nur in den besonders hierfür bestimmten Räumen und im Freien gestattet. Tabakasche, Zigarren- und Zigarettenstummel, Streichhölzer, Papier, gebrauchte Verbände, Obstreste, Scherben und Speisereste sind in die hierzu bestimmten Behälter und nicht in das Ausgußbecken zu werfen; Auswurf ist in die hierzu bestimmten besonderen Gefäße zu entleeren.

## § 13.

## Entlassung.

Insassen, die der Anstaltspflege nicht mehr bedürfen, werden entlassen, besonders wenn sie eine ihnen etwa von der Anstaltsleitung nachgewiesene Familienpflegestelle ohne zureichenden Grund nicht annehmen.

Ein Anspruch auf Entlassung am Tage der Stellung des Entlassungsantrages besteht nicht.

## § 14.

## Allgemeine Ordnungsvorschriften.

Im gesundheitlichen Interesse sowie mit Rücksicht auf das ungestörte Zusammenleben der Insassen kann in der Anstalt folgendes nicht geduldet werden:

1. Trunkenheit und Mitbringen alkoholischer Getränke,
2. das Mitbringen und Halten von Hunden oder sonstigen Haustieren,
3. das Mitbringen und Aufbewahren feuergefährlicher Gegenstände, außer Streichhölzern; das Umhergehen mit offenem Licht und das Fortwerfen brennender Streichhölzer,
4. absichtliche Beschädigung und Verunreinigung der Zimmer, Säle, Gänge, Aborte, Gartenwege, Rasenflächen, der Möbel, Gefäße und des sonstigen Anstaltseigentums sowie des Eigentums der Mitinsassen,
5. das Hineinwerfen von Speiseresten, Lappen, Bindenresten u. dgl. in die Aborttrichter,
6. das Ansammeln und Aufbewahren von Brot und anderen Lebensmitteln, namentlich überriechenden (Käse usw.), sowie das Selbstbereiten oder Aufwärmen von Speisen und Speiserückständen,
7. das Hinauswerfen von Gegenständen und das Hinausgießen von Flüssigkeiten aus den Fenstern,
8. das Waschen von Wäsche in den Fluren, Schlaf- und Wohnräumen,
9. das freihändige Verkaufen, Verschenken oder Mitgeben von Anstaltseigentum oder persönlichem Eigentum, das in das Sachenverzeichnis aufgenommen ist, an Mitinsassen oder Außenstehende,
10. Glücksspiele jeglicher Art und Spiel um Geld,
11. das Betteln sowie das Schreiben von Bettelbriefen,
12. von Mitinsassen für Hilfeleistung oder Besorgung Bezahlung zu fordern oder das Besorgte mit Preisaufschlag weiterzugeben, sowie mit Waren irgendwelcher Art zu handeln,

13. das Abhalten von Versammlungen, welche die Ruhe der Patienten stören oder gegen die Hausordnung verstoßen.

#### § 15.

##### Verletzung der Hausordnung.

Bei Übertretung der Hausordnung kann die Anstaltsleitung nach erfolgloser Vermahnung die Erlaubnis zum Ausgehen bis zu vier Wochen oder das Taschengeld bis zu einem Monat entziehen. Im Wiederholungsfalle Entziehung des Taschengeldes bis zu drei Monaten. Absichtliche Verunreinigungen oder Beschädigungen hat derjenige, der sie verursacht, möglichst selbst wieder zu beseitigen und den angerichteten Schaden zu bezahlen. Die allgemeinen gesetzlichen und polizeilichen Bestimmungen bleiben hierdurch unberührt.

#### § 16.

##### Behandlung von Geld, Wert- und Gebrauchsgegenständen.

Mitgebrachte oder dem Insassen später zugegangene Geldbeträge sowie Gold- und Wertsachen sind dem Büro (Vorschußkasse) gegen Quittung abzuliefern, da nur dann die Anstalt eine Haftung dafür übernehmen kann.

Soweit übergebenes Geld oder sonstige Wertsachen dem Insassen als Eigentum belassen werden, soll ihm das Geld in mäßigen Beträgen ausbezahlt werden.

Mitgebrachte oder den Insassen später zugegangene Kleidungs- und Wäschestücke werden zur Vermeidung von Ansteckung desinfiziert und, soweit sie sie nicht gebrauchen und nicht in dem ihm zugewiesenen Behältnis unterbringen können, von der Anstalt verwahrt.

Die Insassen haben, soweit nicht Anstaltskleidung vorgeschrieben ist, namentlich bei Ausgängen, eigene Kleidung zu benutzen, die, wenn nötig, aus Anstaltsbeständen ergänzt wird. Sie ist schonend zu behandeln und darf nicht an andere weitergegeben werden; die Instandsetzung geschieht durch die Anstalt, soweit die Insassen nicht selbst dazu fähig sind.

Die Benutzung eigener Möbel ist im allgemeinen nicht, diejenige anderer eigener Gebrauchsgegenstände (Kissen, Decken, Liege- und Fahrstühle usw.) nur mit Zustimmung der Anstaltsleitung zulässig. Alle mitgebrachten oder später dem Insassen zugegangenen Gegenstände werden in das Sachverzeichnis aufgenommen, dessen Richtigkeit durch Namensunterschrift des Insassen zu bescheinigen ist. Sie müssen daher in der Anstalt verbleiben, solange der Insasse sich dort aufhält. Gehören dem Insassen von ihm eingebrachte Sachen nicht, so sind sie ausdrücklich als fremdes Eigentum zu bezeichnen und der Eigentümer anzugeben. Bei Insassen, bei denen besondere Gründe vorliegen, ist die Anstaltsleitung befugt, ihnen zugehende Pakete vor der Aushändigung in Gegenwart der Empfänger zu prüfen. Pakete, die aus der Anstalt ausgeführt werden, können auf Anordnung der Anstaltsleitung durchsucht werden.

#### § 17.

##### Beschwerden.

Beschwerden sind zunächst an das Oberpflegepersonal oder die Stationsärzte zu richten.

Beschwerden über das Oberpflegepersonal oder die Ärzte sind an die Anstaltsleitung, Beschwerden über die Anstaltsleitung an das Bezirksamt

bzw. (für die Hospitälcr Buch, Lichtenberg, Hospitalabteilung Wuhlgarten) an das Hauptgesundheitsamt zu richten.

### § 18.

#### Bekanntgabe der Hausordnung.

Jedem Insassen ist die Hausordnung bekanntzugeben.

**11. Verwaltung.** Die zunehmende Wichtigkeit klinischer und sozialhygienischer Aufgaben auf dem Gebiete des Siechenhauswesens und der enge Zusammenhang des gesamten Bewahrungswesens mit dem Krankenhauswesen machen es erforderlich, daß in der Verwaltung der Siechenhäuser der *Arzt* nicht nur gutachtlich gehört wird, sondern *verantwortliches Mitglied* der Leitung ist. In einer Reihe von Anstalten, besonders im Westen Deutschlands, sind Ordensschwester für die Verwaltung verantwortlich. In vielen anderen Anstalten ist ein Verwaltungsbeamter hierfür eingesetzt worden. Wenn es auch in kleinen Anstalten genügt, die Geschäfte von einem Verwaltungsbeamten allein führen zu lassen, der gleichzeitig zur Personalersparnis auch noch als Sachbearbeiter in wichtigeren Angelegenheiten tätig sein kann, und den Arzt außer seiner behandelnden Tätigkeit lediglich an der Repräsentation zu beteiligen, so wird bereits in größeren Anstalten zu prüfen sein, ob die Anstaltsleitung zwischen Arzt und Verwaltungsbeamten geteilt wird oder die selbständige Leitung durch einen hauptamtlichen Arzt den Vorzug verdient. Wieweit eine solche doppelte Besetzung nötig ist, kann nur nach den örtlichen Verhältnissen beurteilt werden. Eine ganze Anzahl von Anstalten wird zur Zeit von *hauptamtlichen Ärzten* allein geleitet, so in Dresden, Eberstadt, Hub, Sinsheim, Plauen und Wittstock. In Anstalten mit mehr als 1000 Betten wird bei dem großen Umfange und der Tragweite der zu erledigenden Aufgaben unter allen Umständen eine *gemeinsame Leitung* aus Ärzten und Verwaltungsbeamten gebildet werden müssen. Arbeiten Arzt und Verwaltungsbeamter Hand in Hand im Interesse der Anstalt und der Pflcglinge, so werden Streitigkeiten über die Zuständigkeit auch bei der Teilung der Arbeitsgebiete kaum entstehen können. Trotzdem empfiehlt es sich, die Funktionen im einzelnen festzulegen, wie es in Berlin in „*Richtlinien für die Leitung der großen Hospitäler*“ geschehen ist:

§ 1. Das Hospital wird von den leitenden Ärzten (dem leitenden Arzt) und dem leitenden Verwaltungsbeamten geleitet.

Jeder leitende Arzt bestimmt für den Fall einer Behinderung seinen Vertreter in der Leitung; der leitende Verwaltungsbeamte wird durch den für ihn bestellten Verwaltungsbeamten der Anstalt vertreten. Die Leitung ist die vorgesetzte Dienststelle für sämtliche Beamte und Angestellte des

Hospitals. Die leitenden Ärzte der einzelnen Abteilungen und der leitende Verwaltungsbeamte sowie der Apotheker sind außerdem direkte Vorgesetzte des Personals ihrer Abteilung.

§ 2. Die Deputation für das Gesundheitswesen (der Ausschuß für die Hospitäler) ist die vorgesetzte Dienststelle der Anstaltsleitung.

§ 3. Sämtliche an die Krankenstationen gerichteten Schreiben sind zunächst dem leitenden Verwaltungsbeamten vorzulegen. Die reinen Verwaltungsangelegenheiten sind von dem leitenden Verwaltungsbeamten zu erledigen, die rein ärztlichen Angelegenheiten sind dem zuständigen Arzt zur Bearbeitung vorzulegen, gemeinsame Angelegenheiten sind von der Leitung zu bearbeiten.

Von allen wichtigen Angelegenheiten der Verwaltung hat der leitende Verwaltungsbeamte die leitenden Ärzte zu unterrichten.

§ 4. Der Dienstverkehr der Beamten und Angestellten mit dem Magistrat, anderen Behörden und Privaten geht durch die Anstaltsleitung. Ausgenommen sind kürzere, rein ärztliche Auskünfte, die durch den zuständigen leitenden Arzt erledigt werden. Auch diese Schriftstücke müssen durch die Registratur gehen.

§ 5. Die Annahme und Entlassung des nach dem Tarifvertrage zu entlohnenden Dienst- und Wartepersonals liegt dem leitenden Verwaltungsbeamten ob. Die Annahme, Versetzung und Entlassung des Wartepersonals erfolgt im Einverständnis mit dem ärztlichen Leiter. Für das Pflegepersonal, soweit es nicht unter den Tarifvertrag fällt, gelten die erlassenen besonderen Bestimmungen.

§ 6. Mindestens allmonatlich findet unter dem Vorsitz des dienstältesten ärztlichen Mitgliedes der Anstaltsleitung eine Besprechung über die das Hospital betreffenden Angelegenheiten statt. Bei Behinderung des ärztlichen Mitgliedes geht der Vorsitz auf das dienstälteste Mitglied der Anstaltsleitung über. An den Sitzungen haben die leitenden Ärzte, der leitende Verwaltungsbeamte, der zuständige Apotheker teilzunehmen. Über die Sitzung ist ein Protokoll zu führen und spätestens bei der nächsten Sitzung zur Vollziehung vorzulegen. Die Protokolle sind zu sammeln.

§ 7. Die leitenden Ärzte sind verpflichtet, alle diejenigen Insassen des Hospitals, die sich zur Verrichtung von Arbeit melden, auf ihre gesundheitliche Eignung hierzu zu prüfen. Die Festsetzung der Entschädigung für die Arbeit erfolgt durch den leitenden Verwaltungsbeamten nach Maßgabe der hierfür erlassenen Bestimmungen.

Die Verleihung von Freistellen und die Bewilligung von sonstigen Zuwendungen aus Stiftungen erfolgt auf Vorschlag der Anstaltsleitung nach Maßgabe der Stiftungsbedingungen durch den Ausschuß für Hospitäler bzw. durch das zuständige Bezirksamt.

§ 8. Die Anstaltsleitung ist für die Einhaltung des Haushaltsplanes verantwortlich. Für die innerhalb des Haushaltplanes erforderlichen Anschaffungen von Apparaten, die den Betrag von 2000 Mark überschreiten, ist die Genehmigung der Deputation für das Gesundheitswesen (Ausschuß für Hospitäler) einzuholen.

Sämtliche in den Anstalten erforderlichen Arbeiten und Instandsetzungen sind nach Möglichkeit durch Anstaltspersonal auszuführen.

§ 9. Untersuchungen und Begutachtungen des Anstaltspersonals werden, auch wenn ein schriftlicher Auftrag des Magistrats oder eines Bezirksamtes nicht vorliegt, von den leitenden Ärzten der Anstalt oder deren Stellvertreter, die in diesem Falle als Vertrauensärzte fungieren, unentgeltlich ausgeführt.

§ 10. Abänderungen und Ergänzungen dieser Richtlinien bleiben vorbehalten.

Dort, wo *Pflegepersonal* in größerer Zahl vorhanden ist, können Bestimmungen über seine Befugnisse dazu beitragen, pflegerische und verwaltungsmäßige Arbeit reibungslos zu gestalten. Oberinnen, leitende Schwestern und Oberschwwestern müssen in ihrem Gebiete der Krankenpflege selbständig und voll verantwortlich sein. Eine Regelung, die zahlreiche Einzelfragen berührt und auch auf die Stellung zum Anstaltsarzt eingeht, ist in Augsburg getroffen:

*Wirkungskreis der Hausoberin in der Servatiuspfründe, Augsburg.*

1. *Verhältnis zu Arzt und Verwalter.* Die dienstlichen Beziehungen der Oberin zu dem Hausarzte und dem Verwalter regeln sich nach Maßgabe des Wirkungskreises in bezug auf Krankenpflege, Beköstigung, Hauswirtschaft und Hauspolizei.

Der Hausarzt ist als ärztlicher Leiter der Pfründe vom Stadtrat bestellter Vorgesetzter der Oberin in bezug auf Krankenpflege und die Verpflegung der Pfründner.

Der Verwalter ist der für den Stadtrat verantwortliche Leiter in bezug auf die Ökonomieverwaltung und die Hauspolizei.

Die Hausoberin hat demgemäß in erster Linie sich in allen einschlägigen Fragen mit dem Hausarzt bzw. Verwalter zu benehmen und die Angelegenheiten der Anstalt zu besprechen.

2. *Zusammenarbeit.* Ihre Wahrnehmungen, Wünsche und Anträge in bezug auf die ärztliche Pflegebehandlung der Pfründner hat die Oberin mit dem Hausarzte, alle Fragen über Personal, Hauswirtschaft und Hauspolizei mit dem Verwalter zu besprechen.

Gemeinsame, die ärztliche Leitung und die Verwaltung berührende Angelegenheiten (z. B. Kostenordnung) sind in gegenseitigem Benehmen zu regeln. Dabei wird ein gegenseitiges dienstfreundliches Entgegenkommen zur Pflicht gemacht.

Grundsätzliche Beanstandungen in bezug auf die Pflegeschwestern werden Verwalter wie Hausarzt in erster Linie bei der Oberin anbringen.

3. *Vorgesetzten-Eigenschaft.* Die Hausoberin ist die unmittelbare Vorgesetzte des gesamten Schwesternpersonals und des durch sie eingestellten Hauspersonals.

Ihr obliegt auch die Aufsicht über das durch den Stadtrat angestellte Personal. Soweit es die Bestimmungen über die Dienstpflichten desselben vorsehen, hat sie auch diesen gegenüber Anordnungsbefugnisse.

4. *Schwwestern.* Die Oberin hat den Tag- und Nachtdienst der Schwestern zu regeln und dafür zu sorgen, daß die Schwestern die in ihrem gesundheitlichen Interesse notwendige Erholung erhalten.

5. *Hausangestellte.* Zur ordnungsmäßigen Aufrechterhaltung des gesamten Betriebes wird die benötigte Anzahl von Dienstmägden zugestanden, welche von der Oberin unter Mitteilung an die Verwaltung eingestellt und entlassen werden können.

Etwa nötige männliche Hausangestellte werden unter Benehmen mit der Oberin von der Verwaltung eingestellt und entlassen.

Die Oberin hat dafür zu sorgen, daß die Dienstzeit und die freie Zeit der Hausangestellten ordnungsgemäß eingehalten und die Arbeitszeit voll ausgenützt wird.

Sie kann ihre Anordnungen an die Hausangestellten auch durch die von ihr beauftragten Schwestern erteilen.

Beschwerden gegen einzelne Schwestern von seiten der Dienstboten sind bei der Oberin vorzubringen.

Fühlt sich der Dienstbote durch den Bescheid der Oberin nicht zufriedengestellt, so wird er von der Oberin in die Verwaltung gewiesen. Die freie Zeit der männlichen Hausangestellten richtet sich nach dem Dienstplan. Die Genehmigung zum Fernbleiben außer dem Hause über die durch die Hausordnung festgesetzte Freizeit an die eingestellten Hilfskräfte erteilt die Oberin unter Verständigung des Verwalters.

6. *Wechsel.* Über einen Wechsel im Personalstand der Schwestern und der von ihr eingestellten Hausangestellten hat die Oberin Mitteilung an die Verwaltung zu machen.

7. *Wärter.* Krankenwärter werden, soweit solche nötig sind, auf Vorschlag der Verwaltung nach Anhörung des Hausarztes und nach Benehmen mit der Oberin durch den Stadtrat eingestellt und entlassen. Im Rahmen der Dienstanweisung derselben hat die Oberin über sie Aufsichts- und Anordnungsbefugnisse.

Soweit es der Dienst der Krankenwärter zuläßt, können dieselben auch zu hauswirtschaftlichen Arbeiten, insbesondere als Beihilfe beim Stöbern, herangezogen werden.

Die Wärter haben, soweit sie im Hause wohnen, die Erlaubnis zu längerer Freizeit unter Anzeige an die Oberin vom Verwalter einzuholen. Dieser wird die Erlaubnis nur geben, wenn die Hausoberin dienstliche Versagungsgründe nicht geltend macht.

8. *Mitarbeit der Pfründner.* Nach Anordnung des Verwalters helfen die Pfründner und Pfinglinge den Schwestern in der Besorgung ihrer Arbeiten, soweit der Hausarzt dies im einzelnen Falle für zulässig und passend erklärt.

Dabei sind die arbeitsfähigen Pfründnerpersonen bei den Arbeiten, welche diesen satzungsgemäß übertragen werden dürfen, anzuleiten und entsprechend zu überwachen.

9. *Protestantische Hilfskraft.* Die von der Stiftung bei Bedarf einzustellenden protestantischen Pflegerinnen (oder sonstigen Hilfskräfte) unterstehen in ihrer dienstlichen Verwendung ebenfalls der Oberin. Dieser Pflegerin ist außerdem die Sorge für die religiösen Bedürfnisse der protestantischen Pflegebefohlenen anvertraut.

10. *Ärztliche Anweisungen und Verwaltungsmaßnahmen.* Die Hausoberin sorgt dafür, daß die Bestimmungen der Hausordnung, der Kostenordnung und alle ärztlichen Anweisungen durch die Schwestern, Dienstboten und Wärter genauestens vollzogen werden und unterstützt die Verwaltung in Beachtung der Hausordnung seitens der Pfründnerpersonen.

11. *Beschlüsse.* Die Hausoberin hat das Recht, daß sie von allen den Pflegedienst und die Wirtschaftsführung betreffenden Stadtratsbeschlüssen durch die Verwaltung Kenntnis erhält.

12. *Inventar.* Die Oberin ist verantwortlich für die Aufbewahrung des Inventars, des Mobilars und die Erhaltung desselben, mit Ausnahme des aus dem Nachlaß eines Pfründners stammenden Mobilars, das sich in Verwahrung der Verwaltung befindet.

Über alle von den Pfründnern in die Anstalt eingebrachten Gegenstände wird vom Verwalter ein Verzeichnis aufgenommen, das vom Pflegebefohlenen oder dessen Rechtsvertreter sowie dem Verwalter und der Oberin zu unterzeichnen ist.



Bei den von Verstorbenen hinterlassenen Effekten ist in gleicher Weise zu verfahren.

Alle Zu- und Abgänge sind der Verwaltung mitzuteilen. Die Abschreibung der verbrauchten Gegenstände findet in gegenseitigem Benehmen zwischen der Hausoberin und dem Verwalter statt.

Von Zeit zu Zeit findet eine Nachprüfung des Inventars durch den Verwalter statt. Er kann einen Teil oder das ganze Inventar stürzen, letzteres muß alle Jahre geschehen.

13. *Bestellwesen.* Alle Ersatz- und Neuanschaffungen, Anträge auf Reparaturen usw., sind bei der Verwaltung auf Bedarfsanmeldungen zu beantragen. Die Bestellungen haben durch die Verwaltung im Benehmen mit der Oberin stattzufinden.

Der Hausoberin steht das Recht zu, kleinere Lebensmitteleinkäufe (Markteinkäufe) selbst zu machen. Zu diesem Zwecke erhält sie einen Vorschuß. Über diese Einkäufe hat sie monatlich mit der Verwaltung abzurechnen.

14. *Reinigung und Ausbesserung der Wäsche.* Die Hausoberin hat dafür zu sorgen, daß die Reinigung der Wäsche und das Ausbessern derselben regelmäßig erfolgt. Hierzu gehört auch die Reinigung und Ausbesserung der Kirchenwäsche.

Die Sorge für die gottesdienstlichen Vorbereitungen in der protestantischen Kapelle wird einer geeigneten Persönlichkeit des Hauses übertragen. Über die Instandhaltung der Kapelle selbst hat gleichfalls die Oberin zu wachen.

15. *Verantwortlichkeit.* Die Oberin ist gegenüber dem Stadtrat und der von diesem bestellten Verwaltung für die gesamte Tätigkeit des ihr unterstellten Personals in erster Linie verantwortlich.

Ein Beispiel, wie sich die Aufgaben des Pflegepersonals umgrenzen lassen, bietet die *Dienstanweisung für das Pflegepersonal des städtischen Alterspflegeheims* in Elberfeld.

§ 1. Die Pflegepersonen des Alterspflegeheims sind dem Vorsitzenden des Wohlfahrtsausschusses, dem Anstaltsarzt und der Oberschwester unterstellt.

Innerhalb des Geschäftsbereiches des Vorstehers haben sie sich nach dessen Anweisungen zu richten.

§ 2. Den Pflegepersonen liegt die Pflege und Wartung der Anstaltsinsassen ob sowie die Erhaltung der häuslichen Ordnung und Reinlichkeit.

Es wird verlangt, daß sie diese Pflichten mit Ruhe und Würde, mit Unverdrossenhaft, Rechtschaffenheit, Nüchternheit und Fleiß erfüllen und sich angemessener Behandlung der Pfleglinge befleißigen. Konfessioneller und politischer Beeinflussung haben sie sich unbedingt zu enthalten. Sie haben dafür zu sorgen, daß in den Schlaf- und Tagesräumen Ordnung und Ruhe herrscht und daß die Bestimmungen der Hausordnung befolgt werden. Zuwiderhandlungen sind der Oberschwester anzuzeigen. Die Annahme von Geschenken ist ihnen verboten.

§ 3. Bei der Fürsorge für die Pfleglinge haben sie die nachfolgenden Bestimmungen zu beachten und für deren Befolgung zu sorgen.

a) Neu aufgenommene Pfleglinge werden gebadet und gründlich gereinigt, wobei besonders auf Beseitigung des Ungeziefers zu achten ist. Geld und Wertgegenstände können die Pfleglinge gegen Quittung im Bureau abliefern.

b) Die Pfleglinge sollen morgens zur festgesetzten Stunde das Bett verlassen, sich gründlich waschen, kämmen usw., und später selbst wieder

ordnen. Soweit sie dazu nicht in der Lage sind, hat das Pflegepersonal ihnen behilflich zu sein bzw. die Arbeit zu leisten.

c) Die Mahlzeiten werden zu bestimmten Stunden verabreicht. Pfleglingen, welche die Speisen nicht selbst zum Munde führen können, ist die nötige Hilfe zu leisten. Speisereste sind in den dazu bestimmten Eimern zu sammeln und täglich der Aufbewahrungsstelle für Küchenabfälle zuzuführen.

d) Abends ist für rechtzeitige Entkleidung der Pfleglinge zu sorgen, damit sie zur vorgeschriebenen Zeit ihr Bett aufsuchen.

e) Die Leibwäsche der Pfleglinge ist in der Regel wöchentlich, Bettwäsche und Kleidung dagegen nach Bedarf zu wechseln; es ist darauf zu achten, daß sich die Pfleglinge rein halten.

f) Die Lüftung der Schlaf- und Wohnräume ist Sache des Pflegepersonals, welches dabei mit möglichster Schonung der Pfleglinge zu verfahren hat.

g) In allen Schlaf- und Wohnräumen der Pfleglinge ist spätestens 9 Uhr abends das Licht zu löschen, nur in Krankheitsfällen darf der betreffende Schlafraum entsprechend beleuchtet werden.

h) Die Pfleglinge sind zur Ausführung der ihnen mit Genehmigung des Anstaltsarztes überwiesenen Haus- und Gartenarbeit usw. anzuhalten.

i) Es ist darauf zu achten, daß an den Besuchstagen den Pfleglingen nicht schädliche Nahrungsmittel oder Getränke zugeführt werden und daß die Besuchszeit nicht überschritten wird.

Der Kranken hat sich das Pflegepersonal ganz besonders anzunehmen. Wünsche um den Besuch eines Geistlichen sind sofort der Oberschwester oder dem Vorsteher weiterzugeben, bei herannahendem Ende ist die Oberschwester und auf Wunsch auch der Vorsteher herbeizurufen.

§ 4. Das auf den Stationen befindliche Inventar ist der Obhut des Pflegepersonals anvertraut; es wird verlangt, daß dieses selbst vorsichtig damit umgeht und es vor Beschädigungen hütet. Es hat dafür zu sorgen, daß auch die Pfleglinge nicht das Eigentum der Anstalt, insbesondere die ihnen zur Benutzung übergebenen Kleidungs- und Wäschestücke usw., beschädigen oder gar verderben, und ist verpflichtet, jeden einzelnen Fall von Beschädigung der Oberschwester zu melden.

Das Pflegepersonal hat darauf zu achten, daß die Wasserleitungshähne nur dann geöffnet werden, wenn dies nötig ist und daß sie nach Gebrauch sofort geschlossen werden. Es ist streng verboten, Lappen, Kehricht oder andere Dinge, die eine Verstopfung der Rohrleitungen herbeiführen können, in die Abfallröhre oder in die Aborte zu werfen.

Jede Störung in der Licht- oder Wasserleitung sowie auch jede sonstige Beschädigung ist im Büro zu melden.

Die Bedienung der elektrischen Ausschalter erfolgt ausschließlich durch das Pflegepersonal.

§ 5. Den Pflegern ist das Rauchen während der Dienststunden in den eigenen Zimmern strengstens untersagt.

§ 6. Der Wochenurlaub des Pflegepersonals wird von der Oberschwester geregelt.

An Sonntagen wird in der Regel vormittags die eine Hälfte und nachmittags die andere Hälfte beurlaubt werden, außerdem ein jeder an einem Wochennachmittag. Der Urlaub kann und muß indessen versagt werden, wenn der Anstaltsdienst dies erfordert.

Den Dienst des Beurlaubten haben die anderen mit zu versehen.

Für die Regelung des Sommerurlaubs gelten die darüber erlassenen besonderen Bestimmungen.

In den für die obere Verwaltung eingesetzten Ausschüssen, Verwaltungsräten oder Deputationen sind meist Behörden, Bürgerschaft und Anstaltsleitung vertreten. Da die Siechenhäuser Krankenanstalten sind, ist es notwendig, daß sie dort, wo fachliche Dienststellen vorhanden sind, *von den Gesundheitsämtern verwaltet* werden oder von derjenigen Dienststelle, der die Krankenhäuser unterstehen. Denn nur dann läßt sich die so wesentliche Aufgabe der regelmäßigen Entlastung der allgemeinen und Fachkrankenhäuser ohne Zeitverlust erledigen und eine einheitliche, planmäßige und wirtschaftliche Anstaltspolitik überhaupt treiben.

Während in einer Reihe von Städten, wie Aachen, Berlin, Breslau, Dresden, Frankfurt a. M., München-Gladbach und Plauen die Siechenhäuser verwaltungsmäßig in das Gesundheitswesen eingegliedert sind, ist in vielen anderen Städten das Wohlfahrts- oder Fürsorgeamt die übergeordnete Verwaltungsstelle. Unbedingt ist engste Zusammenarbeit mit dem Bezirksfürsorgeverband und dem kommunalen Wohlfahrtsamt erforderlich. Die Forderung nach Verwaltung der Siechenhäuser durch die Gesundheitsämter läßt sich weder mit dem Argument einer künstlichen Verteuerung noch mit der Schlußfolgerung, dann die gesamte Altersfürsorge von der Wohlfahrtsverwaltung zu lösen, beseitigen. Die *einheitliche Verwaltung* von Anstalten mit gesundheitlicher Zweckbestimmung hindert in keiner Weise, die Verpflegungssätze unterschiedlich zu bemessen und die Unkosten verschieden anzusetzen. Nach praktischen Erfahrungen in Berlin und Breslau erfolgt die befürchtete Angleichung der Unkosten in Pflegeanstalten und Krankenhäusern selbst dann nicht, wenn bestimmte Gruppen von Kranken vor anderen, in der gleichen Anstalt befindlichen, bevorzugt werden, wie es etwa bei den Tuberkulösen in Betracht kommen kann. Wird die Trennungslinie zwischen Altersheim und Siechenhaus nach den im Laufe dieser Darstellung wiederholt angeführten Gesichtspunkten gezogen, so ergibt sich mit der gleichen Berechtigung, mit der die Forderung nach Verwaltung der Siechenhäuser durch die Dienststellen des Gesundheitswesens erhoben wird, auch die nach Bearbeitung der Angelegenheiten der Altersheime durch die Dienststellen der wirtschaftlichen Fürsorge. Dort, wo Anstalten mit mehreren Zweckbestimmungen betrieben werden, sollte die Verwaltung nach dem Grundsatz des überwiegenden Interesses geordnet werden. Noch ein anderer Gedanke muß bei der ganzen Frage berücksichtigt werden. Für die Benutzung von Siechenhäusern sollte nicht allein die Hilfsbedürftigkeit in fürsorgerechtlicher Beziehung, sondern auch die

gesundheitliche Fürsorgebedürftigkeit maßgebend werden. Wenn sich auch bei vielen chronisch Kranken und besonders bei Altersgebrechlichen beide Begriffe decken, da ernstere chronische Erkrankungen häufig und schnell zur Verarmung führen, so gibt es doch eine Reihe von Erkrankungen, bei denen die Bewahrung im öffentlichen Interesse auch dann vorgenommen wird, wenn ein Rechtsanspruch auf öffentliche Unterstützung bei strenger Beachtung der gegebenen Vorschriften nicht anerkannt werden kann. Das gilt hauptsächlich für die Unterbringung bazillenspreuender chronischer Phthisiker, asozialer Psychopathen, Imbeziller und Rauschgiftsüchtiger. Alle diese Kranken werden zum Schutze ihrer gesunden Umgebung, zur wirtschaftlichen Sanierung der Familie, zur Ausschaltung von der Fortpflanzung aus der Gesellschaft herausgenommen. Auch viele Kranke mit Schäden aus Erkrankungen des Nervensystems oder körperlich Gebrechliche, denen eine beschränkte Arbeitsfähigkeit verblieben ist, eignen sich durchaus für gut geleitete Siechenanstalten, wenn ihnen nur die Möglichkeit geboten wird, ihre Restarbeitskraft unter dem Schutze der Anstalt noch zu verwerten. Aus der Forderung nach Unterstellung der Siechenhäuser unter die Gesundheitsverwaltung ergibt sich die weitere, im *Haushaltsplan* die Siechenhäuser im Anschluß an das Kapitel „Krankenhäuser“ erscheinen zu lassen. Soweit es sich nicht um selbständige Anstalten mit eigenem Haushaltsplan handelt, wird man versuchen können, diejenigen Unkosten, die für die Siechenabteilung entstehen, gesondert aufzuführen, um eine Schätzung der Aufwendungen zu erhalten; ein völlig reines Bild wird sich allerdings nur sehr schwer erzielen lassen.

**12. Aufnahmeverfahren und Aufnahmebedingungen.** Zur Beurteilung, ob die Aufnahme im Siechenhaus erforderlich ist, dient zunächst eine *Prüfung der wirtschaftlichen Lage* des Antragstellers. Sie wird durch die Bezirksfürsorgestellen und ihre Organe, besonders die Wohlfahrtskommissionen, vorgenommen. Neben der unentbehrlichen wirtschaftlichen Prüfung muß auch eine *ärztliche Begutachtung* erfolgen. Für die Mehrzahl aller Anstalten ist bereits der *Attestzwang* eingeführt. Die Zeugnisse werden je nach den örtlichen Verhältnissen durch die Wohlfahrtsärzte, durch approbierte Ärzte in freier Wahl, durch beamtete Ärzte der Gemeinde oder des Staates, mehrfach auch durch die leitenden Ärzte der Anstalten selbst ausgestellt. Um die Anträge möglichst gerecht, je nach der Lage des Bettenmarktes und nach der Dringlichkeit berücksichtigen zu können, hat es sich bewährt, dort, wo die Ärzte der freien Praxis Atteste ausstellen, die letzte Ent-

scheidung beamteten Ärzten zu überlassen. Es ist durchaus keine Seltenheit, daß der Arzt der freien Praxis Rücksichten auf Wünsche der Patienten oder noch mehr der Angehörigen nehmen muß oder unter dem Eindruck „seines Falles“ zu einer Entscheidung kommt, die menschlich verständlich, aber trotzdem aus sachlichen Gründen nicht ohne weiteres zu berücksichtigen ist. Vielfach begrüßen es die praktizierenden Ärzte, wenn in ihrer Hand nicht die letzte Entscheidung liegt. Die Nachprüfung in zweiter Instanz soll sich jedoch nicht auf Einzelheiten des Befundes erstrecken, sondern darauf, etwa an anderer Stelle vorhandene Unterlagen hinzuzufügen, lückenhafte Angaben ergänzen zu lassen und dann abzuwägen, ob an die Stelle der Anstaltspflege andere Hilfsmöglichkeiten gesetzt werden, oder in welcher Reihenfolge einlaufende Anträge berücksichtigt werden können. In Berlin, ebenso in München-Gladbach, entscheiden die Stadtärzte als medizinische Berater des Bezirksamtes, in Augsburg, Barmen und Plauen die Leiter der Anstalten.

Die Hauptforderung, die bisher noch nicht immer genügend beachtet ist, geht dahin, bei der ärztlichen Beurteilung die *Gesamtpersönlichkeit* des Kranken und seine *funktionelle Struktur*, nicht aber das klinische und pathologisch-anatomische Zustandsbild in den Vordergrund zu rücken. Es ist allerdings schwer, hierfür einen objektiven Maßstab zu finden. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit muß mit der Lebenshaltung in der Umgebung des Kranken in Beziehung gesetzt werden, und auf dieser Verbindung medizinischer und sozialer Momente baut sich das *sozial-ärztliche Urteil* auf.

Nimmt man die einfachsten Leistungen des täglichen Lebens als Maß, da ja an ihm am besten die Fürsorgebedürftigkeit eines chronisch Kranken oder Altersgebrechlichen gemessen werden kann, so lassen sich drei Gruppen unterscheiden. Die einen können die leichteren Arbeiten des Haushalts ausführen, sind aber größeren Anforderungen nicht gewachsen, sie können z. B. nicht einholen gehen, keine große Wäsche abhalten, das Großreinemachen nicht erledigen. Das sind die *Unterstützungsbedürftigen*. Die anderen brauchen Hilfe zum Waschen und Ankleiden sowie zur Führung der Hauswirtschaft, können sich aber im übrigen während des Tages und vor allem während der Nacht selbst überlassen bleiben. Oder sie sind wegen seelischer Anomalien auf eine gewisse Überwachung angewiesen. Das sind die *Leistungs- und Wartungsbedürftigen*. In die dritte Gruppe gehören von den körperlich Kranken die dauernd oder überwiegend Bettlägerigen und solche, die gesäubert und gefüttert werden müssen, sowie von den psy-

chisch Defekten solche, die sich oder ihre Umgebung gefährden. Das sind die *Schutz- und Pflegebedürftigen*.

Mit Hilfe dieser Gruppierung, die naturgemäß nicht den Besonderheiten eines jeden Falles gerecht werden kann, wird es dem Arzt erleichtert, zu entscheiden, in welcher Reihenfolge bei genügender Zahl freier Betten die Kranken aufgenommen werden sollen, oder ob es bei Bettennot verantwortet werden kann, mit den Mitteln der offenen Krankenfürsorge (Krankenpflege im Hause) oder der Wirtschaftsfürsorge (Hauspflege) im Interesse planwirtschaftlichen Vorgehens Abhilfe zu versuchen.

Eine sehr wichtige Aufgabe erhält in den Großstädten der *Fürsorgedienst im Krankenhaus*. Er hat dafür zu sorgen, daß für diejenigen siechen Kranken, die aus allgemeinen Krankenhäusern verlegt werden könnten, zunächst die Ermittlung nach den wirtschaftlichen und häuslichen Verhältnissen vorgenommen wird, um so dem Krankenhausarzt die unentbehrlichen Unterlagen für seine weitere Arbeit zu verschaffen. Ein Vordruck, der in Berlin durch Vermittlung des Fürsorgedienstes im Krankenhaus in jedem „Siechenhausfall“ zur Berichterstattung über Wohnung, unterhaltspflichtige Angehörige, Lebensunterhalt und die Möglichkeit sonstiger Fürsorgemöglichkeiten ausgefüllt werden muß, hat den folgenden Wortlaut:

Krankenhaus:.....

*Ermittlung zu dem Antrag auf Bewahrung von*

.....  
(Name, Vorname, bei Frauen auch Mädchennamen, Alter, Familienstand)

A. Wohnung:.....

(Bez.-Amt, Straße, Haus-Nr.,  
Stockwerk)

Falls Einlieger, bei wem?.....

(Name, Verwandtschaftsverhältnis)

Zahl der bewohnten Räume:....

Zahl der Hausangehörigen:.....

Hat die aufzunehmende Person  
allein ein Zimmer?.....

Eigene Lagerstätte?.....

Bemerkungen:.....

C. Wovon wird der *Lebensunterhalt*  
bestritten?.....

Berlin, den..... 192..

.....  
(Soziale Krankenhausfürsorgerin.)

B. Unterhaltspflichtige Angehörige:

(Name, Verwandtschaftsverhältnis,  
Wohnung, wirtschaftliche  
Verhältnisse, Möglichkeit der Unterbringung)

D. Sonstige *Fürsorgemöglichkeiten*  
(Unterstützung, Hauspflege,  
Krankenpflege durch Gemeindegewalt,  
„Frauenhilfe“ usw.)

E. Bemerkungen:.....

Zusammen mit diesen Feststellungen über die soziale Lage wird dann gegebenenfalls das ärztliche Attest eingereicht. In dem vom Arzte auszufüllenden Vordruck ist zunächst die Aufgabe der Hospitäler kurz gekennzeichnet und darauf hingewiesen, welche sonstigen Fürsorgemöglichkeiten geprüft werden müssen. Der Hauptwert wird auf die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach dem Grade der Funktionsstörung, gemessen an der Fähigkeit zu einfachen Verrichtungen des täglichen Lebens, gelegt. Der Vordruck hat folgenden Wortlaut:

*Ärztliches Attest*

für .....

(Name, Vorname, Alter, Familienstand, Wohnung)

*zur Aufnahme in ein städtisches Hospital.*

(Unvollständig ausgefüllte Anträge werden nicht berücksichtigt.)

- 
1. Krankheitsbezeichnung: .....
2. Seit wann Beginn des genannten Leidens, bisheriger Verlauf: .....
3. Befund am Untersuchungstage:
- a) Genaue Schilderung der wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der *Funktionsstörungen*, z. B. an den Extremitäten, Sinnesorganen, Eingeweiden usw.; allgemeine Angaben, wie Aderverkalkung, Altersschwäche, Schlaganfallsfolgen, Herzleiden usw. genügen nicht. ....
- b) Die aufzunehmende Person ist: .....  
 (Unzutreffendes durchstreichen) .....  
 gehfähig — imstande allein die Wirtschaft zu besorgen — imstande sich ohne Unterstützung anzukleiden bzw. zu essen — überwiegend, dauernd bettlägerig, völlig hilflos.
- c) Liegen psychische Störungen vor? Welcher Art? (Intelligenz, Stimmung, Affekte usw.) Werden dadurch der Kranke und seine Umgebung (Personen oder Sachen) gefährdet, inwiefern? .....
4. Welche besonderen, neu hinzugetretenen Umstände ärztlicher, sozialer, wirtschaftlicher oder sonstiger Art verhindern das Verbleiben in der bisherigen Umgebung? .....

Berlin, den ..... 192...

Der Wohlfahrtsarzt des ..... Med.-Bezirks.

Ganz ähnlich verlangt auch die Provinzialpflegeanstalt Eberstadt in dem ärztlichen Zeugnis Angaben über die Vorgeschichte,

den körperlichen Befund, den geistigen Befund, die Diagnose und die Pflegebedürftigkeit, bei der die Gründe anzugeben sind und über die Arbeitsfähigkeit Auskunft zu erteilen ist.

Da die Zweckbestimmung der Pflegeanstalten nicht immer genügend bekannt oder beachtet wird, erleichtert es dem begutachtenden Arzte und der nachprüfenden Stelle die Entscheidung, wenn über den Charakter der Anstalt und die anderen, in Betracht zu ziehenden Fürsorgemaßnahmen kurze Hinweise auf den Vor drucken für die ärztlichen Zeugnisse zu finden sind. Die Berliner Bestimmung betont, daß Erwerbsunfähigkeit und Wohnungslosigkeit allein noch keine Anstaltspflegebedürftigkeit begründen, und weist gleichzeitig auch auf die Maßnahmen der offenen Fürsorge hin.

Der enge Zusammenhang mit den Krankenhäusern tritt vornehmlich für Großstädte in Erscheinung. Dort bilden die Siechenanstalten vielfach die *Entlastungsmöglichkeit für die Krankenhäuser*. Nach Feststellungen vom 1. November 1924 ist auch dort, wo selbständige Anstalten für die Pflege von Siechen vorhanden sind, ein nicht unerheblicher Teil aller Kranken aus Krankenhäusern verlegt worden. Besonders ausgeprägt ist diese, die Krankenhäuser entlastende Tätigkeit der Siechenhäuser in Berlin, Bremen, Leipzig, Plauen, Chemnitz, Frankfurt a. M., Hannover, Magdeburg. Die Forderung GROBERS, daß alle Siechenhausaufnahmen die allgemeine Krankenanstalt als Durchgangs- oder Untersuchungsstation passieren sollen, kommt nur dann in Betracht, wenn das Aufnahmeverfahren nicht, wie geschildert, die Gewähr bietet, daß ungeeignete Kranke ausgeschaltet werden. Die Verlegung von Kranken aus einem Krankenhaus in ein Siechenhaus stößt häufig bei den Patienten auf Widerstand, besonders, wenn es sich um unwirtschaftliche Menschen handelt, die den Aufenthalt im Krankenhaus aus begreiflichen Gründen vorziehen. Es würde diese Schwierigkeiten nur vermehren, wenn man grundsätzlich den Umweg über das Krankenhaus verlangt. Dagegen wird für das Aufstellen des Fürsorgeplanes eine ausgezeichnete Grundlage gewonnen, wenn man nach dem Beispiel von Wien verfährt. Dort dient das mehr als 5800 Betten zählende Versorgungsheim Lainz, das dem Krankenhaus benachbart liegt, als zentrale Aufnahmestelle für alle Personen, die die gemeindliche Fürsorge in Anspruch nehmen. Eine kurze Beobachtungszeit ermöglicht die ärztliche und soziale Diagnose, danach wird entschieden, ob geschlossene oder offene Fürsorge, in ersterem Falle, ob Siechenabteilung, Landesheil- oder pflegeanstalt oder Altersheim in Betracht kommen.



Ebenso wie sich die Krankenhäuser nach den Siechenhäusern entlasten, brauchen auch die Altersheime eine solche Sonderanstalt, sind doch die Übergänge zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit bedingender Krankheit fließend. Nach den Berichten ist der Anteil dieser Verlegungen aber geringer. Bedeutungslos für das Krankenhauswesen ist er gleichfalls nicht, da hier der Umweg über das Krankenhaus vermieden wird.

In dem österreichischen Krankenanstaltengesetz vom 15. Juli 1920 ist bei den Ausführungen über den Betrieb der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten die Bestimmung getroffen, „unheilbare Kranke, die hauptsächlich der Pflege wegen anstaltsbedürftig sind, haben als nicht geeignet zur Aufnahme in allgemeine öffentliche und in Sonderanstalten zu gelten“. In Deutschland fehlt es an ähnlichen gesetzlichen Vorschriften. Die Satzungen oder örtlichen Bestimmungen bilden nur einen ungenügenden Ersatz. So erwünscht vom Standpunkte der Krankenhäuser auch eine derartige allgemeine Regelung wäre, so scheidet sie gegenwärtig daran, daß die Zahl der Betten in Siechenhäusern, Altersheimen und Asylen noch unzureichend und die offene Krankenfürsorge noch nicht genügend entwickelt ist.

**13. Bedarf.** Über die Reichsgebrechlichenzählung vom 10. Oktober 1925 liegen bisher nur vorläufige Ergebnisse vor. So sind auf 10000 Lebende in Berlin 114,6 und in Preußen 120,3 Gebrechliche gezählt worden. Im Reiche sind ohne Saargebiet, Württemberg, Lübeck auf 10000 Lebende etwa 67,6 körperlich Gebrechliche, 32,5 geistig Gebrechliche, 6,4 Taubstumme und Ertaubte und 5,8 Blinde festgestellt worden. Die Gesamtzahl dürfte etwa 700000 betragen. In Anstalten waren von 100 Gebrechlichen 14,7 männliche und 28,5 weibliche untergebracht. So wertvoll diese Feststellungen sind, um einen Gesamtüberblick über den *Umfang der Gebrechen* zu erhalten, so wenig Aufschluß geben sie über die Fragen der Siechenhauspflege. Die genaue Feststellung, wie groß das *Bedürfnis nach* dieser Form der *Anstaltsfürsorge* ist, ist aber unerlässlich. Die absolute und relative Zunahme der Greise in der Bevölkerung legt den verantwortlichen Stellen in Staat und Stadt, bei den Versicherungsträgern und der freien Wohlfahrtspflege eine ernste Verantwortung auf. Ein Versuch zu einer *Bedarfsberechnung* ist in Berlin gemacht worden. Er geht von der Beobachtung aus, daß in der Mehrzahl aller Pflegeanstalten der Hauptteil der Pfleglinge das 60. Lebensjahr überschritten hat. Gelegentlich der Volkszählung vom 16. Juni 1925 ist nun bei den Pfleglingen sämtlicher Berliner oder von Berlin benutzten auswärtigen Siechenhäuser eine Stichprobe über den

Altersaufbau und den Familienstand gemacht worden (vgl. Tab. 3). Unter insgesamt 5917 Pflinglingen befanden sich 2220 Männer und 3670 Frauen, in 27 Fällen fehlten die Angaben. Bei Zerlegung des Bestandes nach dem Alter ergab sich, daß 1387 = 62,5% der männlichen und 2680 = 73% der weiblichen Pflinglinge, zusammen 4067 = 69% des Bestandes überhaupt das 60. Lebensjahr überschritten hatten. Demnach sind in Berlin von je 1000 Lebenden über 60 Jahre am Stichtage 10,7% in Siechenhäusern verpflegt worden. Da von den Aufnahmegesuchten nur wenige zurückgewiesen wurden, der Anteil der unter 60jährigen wenigstens annähernd bekannt ist und nur eine kleine Zahl von Betten durch die freie Wohlfahrtspflege für den gleichen Zweck zur Verfügung gestellt war, so wird die Schätzung eines Durchschnittsbedarfes von *14 Siechenhausbetten auf 1000 Lebende über 60 Jahre* für großstädtische Verhältnisse ungefähr das Richtige treffen.

Die schematische Verallgemeinerung dieses Ergebnisses wäre jedoch ein Fehler. Vielmehr muß berücksichtigt werden, daß die Anstaltspflegebedürftigkeit verschieden beurteilt werden kann, in der Behandlung von heute noch als unheilbar geltenden Krankheiten Fortschritte denkbar sind, die Frage der Abnutzungs-krankheiten noch ungeklärt ist, die Veränderungen im Familienstande und den wirtschaftlichen Verhältnissen, insbesondere die Entwicklung auf dem Wohnungsmarkte, nur schwer abzuschätzen sind.

Auch über die sehr wesentliche Frage, wie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Siechenhäusern ist, kann bisher nur wenig ausgesagt werden, da sie nach der Art der aufgenommenen Kranken und nach der Leistung der Anstalt außerordentlich stark schwankt. Nach Beobachtungen aus den Jahren 1913 und 1923 bei einer Gruppe annähernd gleichartiger Anstalten betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer etwa 750 Tage bzw. 710 Tage.

Die wiederholt erwähnten Berliner Untersuchungen bei der Volkszählung 1925 zeigen, wie die Siechenhauspflegebedürftigkeit jenseits des 55. Lebensjahres von Jahrfünft zu Jahrfünft progressiv ansteigt. Wenn zwischen 55 und 60 Jahren erst jeder 600. Mann und jede 500. Frau Opfer einer langanhaltenden, dauernd ärztliche Überwachung und ständige Pflege bedingenden Krankheit wird, trifft zwischen 80 und 85 Jahren jeden 23. Mann und jede 20. Frau dieses Schicksal. Über die Einzelheiten belehrt die Tab. 4 (S. 244).

Besonders auffallend und für die praktische Arbeit bedeutungsvoll ist die Tatsache, daß sehr weitgehende Unterschiede nach

dem Familienstande vorhanden sind. In allen Altersklassen sind, wie die Tab. 4 gleichfalls lehrt, Ledige und Verwitwete bzw. Geschiedene um ein Vielfaches häufiger in den Siechenhäusern als Verheiratete.

Auch die Verhältnisse auf dem Wohnungsmarkt sind nicht ohne Einfluß auf die Häufigkeit, mit der Anstalten in Anspruch genommen werden. Sollten in Zukunft die Mieten der Kleinstwohnungen stark in die Höhe gehen, so muß damit gerechnet werden, daß zahlreiche Personen, die aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Wohnung bleiben könnten und es auch wünschten, gezwungen würden, die Anstaltspflege in Anspruch zu nehmen.

**14. Leistungen.** Das Siechenhauswesen hat bereits jetzt innerhalb des gesamten Anstaltswesens einer großen Stadt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, die von Jahr zu Jahr entsprechend den Bevölkerungsvorgängen noch zunehmen wird. Ein Beweis hierfür ist die Zahl der Verpflegungstage, die in den städtischen Siechenhäusern Berlins (Hufelandhospital, Hospitäl Palsadenstr., Buch-Ost, Bürgerhaus, Spandau, Deutsch-Wusterhausen, Mariendorfer Weg, Lichtenberg, Weißensee, Köpenick und einige Hospitalabteilungen sowie in den von der Stadt Berlin belegten Anstalten der Provinz Brandenburg geleistet werden.

Der Bestand an Siechen betrug am Jahresende 1921: 5119, am Jahresende 1922: 5417, am Jahresende 1923: 5657, am Jahresende 1924: 6207, am Jahresende 1925: 6449, am Jahresende 1926: 6603 und am Jahresende 1927: 6791; er hat sich also ständig vermehrt und wird auch aus den in der Einleitung auseinandergesetzten Gründen noch weiter wachsen.

Über die Verhältnisse im Reiche belehrt die nachstehende Tab. 6, die auch zeigt, in welchem Umfange die Anstalten durch Zu- und Abgang der Kranken besnspucht werden.

Die Letalität der Pfleglinge in den Berliner Hospitälern beträgt etwa ein Drittel des mittleren Bestandes. Der Anteil der Todesfälle in Siechenhäusern an den gesamten Todesfällen ist in den letzten Jahren dauernd angestiegen. Die Zahl der Kranken, die Erlösung von qualvollem Leiden in der gesicherten Umgebung einer ärztlich geleiteten und pflegerisch gut versorgten Anstalt gefunden haben, hat sich also vermehrt, sie ist besonders bei den Übersechzigjährigen gewachsen.

**15. Kosten.** Die Einnahmen der Siechenhäuser aus Verpflegungsgeldern von Selbstzahlern, Abtretung von Renten, Erträgen der Eigenwirtschaft und Vergütungen des Personals für Wohnung und Beköstigung decken nur einen verschwindenden Bruchteil der laufenden Ausgaben. Im Jahre 1927 standen einer

Tabelle 5.

Geleistete Verpflegungstage	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927
	In Krankenhäusern . . . . .	3455574	3577657	3590964	3743191	4078901	4193777
In Siechenhäusern (einschl. der auf Berliner Kranke in Anstalten der Provinz Brandenburg entfallenden Verpflegungstage . . . . .)	1391600	1939504	2002957	2204703	2314359	2391212	2450359
In Irrenanstalten (einschl. der auf Berliner Kranke in Anstalten der Provinz Brandenburg entfallenden Verpflegungstage) . . . . .	2682491	2955548	3214573	3282273	3510988	3765750	3958782

Tabelle 6.

Ort	Anstalt	Geleistete Verpflegungstage		Zugang 1913	Abgang 1913	Zugang 1927	Abgang 1927
		1913	1927				
Bremen . . . . .	Kahrwegs Asyl . . . . .	82331	114527	56	58	161	80
Breslau . . . . .	Claaßensches Siechenhaus . . . . .	128660	100837	69	67	70	121
Düsseldorf . . . . .	Pflegehaus . . . . .	263498	246894	448	459	223	254
Eberstadt . . . . .	Provinzial-Pflegeanstalt . . . . .	150256	148275	129	119	109	93
Hoyrn . . . . .	Landes-Siechenanstalt . . . . .	143367	171140	65	45	97	86
Hub . . . . .	Kreis-Pflegeanstalt . . . . .	203516	249732	163	158	154	114
Leipzig . . . . .	Pflegehaus . . . . .	127494	90100	719	712	170	167
Oberkunnernsdorf . . . . .	Bezirksstiechenanstalt . . . . .	41333	45460	37	45	54	56
Plauen . . . . .	Pflegeanstalt Kauschwitz . . . . .	15492	35807	21	18	55	46
Sinsheim . . . . .	Kreis-Pflegeanstalt . . . . .	102523	127252	68	80	85	65
Pirmas . . . . .	Bezirksstiechenhaus . . . . .	59094	113174	85	64	143	138
Stuttgart . . . . .	Bürgerhospital . . . . .	51761	205840	387	400	1833	1818
Halle a. d. S. . . . .	Alters- und Pflegeheim . . . . .	78213	139397	155	143	199	202

Ausgabe von 387639 M. in den Leipziger Pflegehäusern 17948 M. Reineinnahmen gegenüber, im Jahre 1928 einer Ausgabe von 2462580 M. im Berliner Hospital Buch 127820 M. tatsächliche Einnahmen. Siechenhäuser sind praktisch fast gänzlich *Zuschußbetriebe*. Daher stößt ihre Verallgemeinerung immer wieder auf Widerstände. Bedenkt man aber, daß es sich hierbei zu einem guten Teil nicht um Kostenverlagerung, sondern *Kostenersparnis* handelt, indem teuer wirtschaftende Krankenhäuser entlastet werden können und an die Stelle immer wiederkehrender, wenig oder gar nichts nützender Aufwendungen der offenen Wohlfahrtspflege für eine Reihe unwirtschaftlicher Personen eine *wirtschaftliche Pflegeweise* tritt, erscheint das Problem der Siechenhäuser in einem anderen Lichte. Nach den Berechnungen für einige neuere Anstalten kostet ein Bett im Siechenhaus etwa die Hälfte eines Krankenhausbettes. Die Verbilligung rührt daher, daß zahlreiche Nebenräume wegfallen und die Baugestaltung einfacher ist.

Das im Jahre 1908 fertiggestellte, sehr gut eingerichtete Hospital Buch der Stadt Berlin mit 1500 Betten verursachte insgesamt einschließlich Grunderwerb und Einrichtung 7684128 M. Baukosten, so daß ein Bett 5234 M. kostete.

Die Pflegeanstalt Kauschwitz der Stadt Plauen kostete einschließlich Grunderwerb und Einrichtung etwa 208177 M. Da zunächst nur 60 Betten in Betrieb genommen wurden, würde auf das Bett ein Errichtungspreis von rund 3470 M. kommen. Bei der Anlage war sofort mit einer Vermehrung um 20 Betten gerechnet und der Raum dementsprechend eingeteilt; so vermindert sich der Gestehungspreis eines Bettes auf etwa 2600 M.

Das 210 Personen fassende, im Jahre 1910 neu errichtete Bezirkssiechenhaus der Bezirkspflegeanstalten Pirna kostete einschließlich Grunderwerb und Einrichtung 330000 M., so daß auf ein Bett 1571,50 M. entfallen.

Können auch die Unterschiede bei den einmaligen Kosten der Anlage noch nicht als ausschlaggebend betrachtet werden, so ändert sich das Bild entschieden bei den *laufenden Kosten des*

Tabelle 7.

Selbstkosten des Verpflegungstages in		
Ort	Krankenhaus M.	Siechenhaus M.
Berlin . . . . .	10,35	4,40
Chemnitz . . . . .	7,95	3,28
Leipzig . . . . .	9,10	4,30
Plauen. . . . .	8,30	3,00

*Betriebes.* Die Selbstkosten des Verpflegungstages in Siechenhäusern betragen nach Feststellungen in mehreren Städten im Dezember 1928 etwa zwei Fünftel der Ausgaben im Krankenhaus.

Dabei beeinflußt die Größe der Anstalt die relativen Kosten nur unbedeutend. Nach Feststellungen aus dem Jahre 1924 unterscheiden sich in den Größenklassen bis zu 150 Betten die Unkosten kaum irgendwie nennenswert von den Größenklassen 151—500 Betten und über 500 Betten. Damit bestätigt sich die theoretische Annahme, daß der Großbetrieb in wirtschaftlicher Beziehung dem Zwergbetrieb gleichwertig ist, während er aus den bereits genannten sonstigen Gründen eher noch den Vorzug verdient. Die hauptsächlichste Verbilligung des Siechenhauses gegenüber dem Krankenhaus liegt zunächst und hauptsächlich in dem geringeren Personalbedarf, dann in dem verminderten Bedarf an Arzneimitteln, Instrumenten und Verbandszeug und schließlich auch in Unterschieden der Beköstigung. Diese Verhältnisse erläutert die Tab. 8 über eine Reihe Positionen aus dem Haushaltsplan der Stadt Berlin für das Jahr 1928:

Tabelle 8.

Positionen	Krankenhaus M.	Siechen- haus M.	Irrenan- stalt M.
Beköstigung täglich . . . . .	1,55	0,93	0,93
Bekleidung je Krankenbett jährlich .	22,00	30,00	35,00
Instrumente und Verbandszeug jährlich	{ 125,00 (chirurg.) 35,00 (sonst.)	5,00	5,00

Über die Einzelheiten der laufenden Ausgaben einer großen und einer mittleren Anstalt belehren die nachstehenden Haushaltspläne:

### Haushaltsplan des Hospitals Berlin-Buch 1928.

(1500 Betten.)

#### Einnahme:

<i>Kur- und Verpflegungskosten.</i>	M.
1. Kur- und Verpflegungskosten von Selbstzahlern . . . . .	56 760
2. Desgl. für Wohlfahrtspfleglinge, Sozial- und Kleinrentner .	1 833 550
<i>Grundeigentum.</i>	
Von Dienst- und Mietwohnungsinhabern . . . . .	11 040
<i>Erstattungen von Sachbezügen vom Personal</i> . . . . .	56 000
<i>Verschiedenes.</i>	
Aus dem gesetzlichen Erbrecht . . . . .	} 4 020
Für Altmaterial und Küchenabfälle . . . . .	
Aus Garten- und Feldwirtschaft . . . . .	
Sonstiges . . . . .	

*Summe der Einnahme: 1 961 370*

**Ausgabe:***Allgemeine Verwaltungskosten.*

Gehälter der Beamten . . . . .	}	910 640
Vergütungen für Angestellte . . . . .		
Versorgungsbezüge . . . . .		
Geschäftsbedürfnisse . . . . .		

*Besondere Verwaltungskosten.*

Löhne . . . . .	}	M. 190 560
Versorgungsbezüge . . . . .		
Vertretungskosten für erkranktes und beurlaubtes Personal . . . . .		
Sondervergütungen für Fachärzte usw. . . . .		
Beiträge für Unfallversicherung . . . . .		

*Behandlung der Kranken.*

Arzneien . . . . .	}	32 990
Ärztliche Instrumente, Gerätschaften und Verbandmittel . . . . .		
Leichenhaus und Laboratorium . . . . .		
Röntgenlaboratorium . . . . .		
Zahnärztliche Behandlung . . . . .		
Medizinische Zeitschriften und Bücher . . . . .		
Unterhaltungsschriften und Spiele . . . . .		

*Verpflegung, Bekleidung, Lagerung und Reinigung.*

1. Beköstigung . . . . .	}	628 850 58 160 57 300 67 620
2. Bekleidung . . . . .		
3. Bett- und Tischwäsche . . . . .		
4. Matratzen, Kissen, Decken, Polstermaterial u. dgl. . . . .		
5. Reinigung . . . . .		

811 930\*

*Hausbedürfnisse.*

Brennstoffe (Kohlen und Kochgas) . . . . .	}	349 510
Elektrische Kraft, Beleuchtung und Beleuchtungsgeräte . . . . .		
Wasser und Abwässer . . . . .		
Haus- und Küchengeräte . . . . .		
Unterhaltung der Baulichkeiten . . . . .		
Unterhaltung der technischen Anlagen . . . . .		
Abfuhr von Asche, Schlacke, Müll usw., Schornsteinreinigung . . . . .		

*Abgaben und Lasten.*

Steuern . . . . .	}	1 500
Straßenreinigungsgebühren . . . . .		

Beerdigungskosten und Sterbekassenbeiträge . . . . . 3 000

Pflegegelder für Außenpfleglinge . . . . . 6 000

*Verschiedenes*

Weihnachtsbescherung, Taschengeld und Arbeitsvergütung für Insassen . . . . .	}	82 760
Fahr- und Transportkosten . . . . .		
Unterhaltung der gärtnerischen Anlagen . . . . .		
Für Feuerwehrrübungen und für Löschfähigkeit bei Bränden in den städtischen Anstalten usw. . . . .		
Pacht für Gartenland . . . . .		
Unterricht und Lehrmittel . . . . .		
Sonstige Ausgaben . . . . .		

Rückzahlungen auf Verpflegungs- und Beerdigungskosten. . . . .	800
Erstattung an die Hospitalabteilung in der Anstalt für Epileptische Wuhlgarten. . . . .	72890
	<hr/>
Summe der Ausgabe:	<b>2462580</b>
Darunter einmalig:	35500
Abschluß.	
Einnahme . . . . .	1961370
Ausgabe . . . . .	2462580
	<hr/>
Bedarf:	501210

### Haushaltsplan des Düsseldorfer Pflegehauses 1927.

(785 Betten.)

<b>Einnahme.</b>	M.
1. Pflegekosten und sonstige Einnahmen . . . . .	100000
<b>Ausgabe.</b>	
<i>Verwaltungskosten.</i>	
1. Gehälter usw. . . . .	35450
2. Fürsorge für städtische Angestellte und Arbeiter . . . . .	1712
3. Bekleidung der Pflegerinnen . . . . .	6000
4. Heizung, Beleuchtung, Strom und Wasser . . . . .	45000
5. Sonstige Verwaltungs- und Wirtschaftskosten einschl. Steuern, Versicherungsbeiträge usw. . . . .	20238
	<hr/>
Summe:	108400
<i>Verpflegung usw.</i>	
1. Speisung und eigener landwirtschaftlicher Betrieb . . . . .	175000
2. Bekleidung, Betterfordernisse, Wäsche u. dgl. . . . .	30000
3. Ärztliche Versorgung, ärztliche Instrumente und Heilmittel. . . . .	7000
	<hr/>
Summe:	212000
<i>Verschiedenes.</i>	
1. Taschengeld und Zulagen für besondere Arbeiten der Pfleglinge . . . . .	30000
	<hr/>
Summe für sich.	
<i>Wiederholung der Ausgabe.</i>	
I. Verwaltungskosten . . . . .	108400
II. Verpflegung usw. . . . .	212000
III. Verschiedenes . . . . .	30000
	<hr/>
Summe der Ausgabe:	350400
Summe der Einnahme:	100000
	<hr/>
Mithin Bedürfnis:	<b>250400</b>

Die *Verpflegungssätze*, die in Siechenhäusern erhoben werden, sind im allgemeinen niedriger als die Selbstkosten. Da der weitaus größte Teil der Pfleglinge auf öffentliche Kosten verpflegt wird, hat die Festsetzung von Verpflegungssätzen nur mehr theoretische Bedeutung, indem sie die Grundlage für die Umbuchung von Mitteln von einer Position auf eine andere erleichtert. Gerade unter diesen Umständen verdient die Anregung GOTTSTEINS, überhaupt von der Erhebung von Verpflegungssätzen im eigentlichen



Sinne in Krankenanstalten abzusehen und lediglich den für die Beköstigung notwendigen Betrag, der auch zu Hause hätte aufgewendet werden müssen, einzuziehen, auf dem Gebiete des Siechenhauswesens befolgt zu werden. Eine Unsumme von Verwaltungsarbeit wird erspart, und die Pflegeanstalten werden leichter allen fürsorgebedürftigen Kreisen der Bevölkerung zugänglich, ohne daß sich die tatsächlichen Ausgaben im Gesamtetat ändern. Denn auch die Aufwendungen in der offenen Wohlfahrtspflege nähern sich im Einzelfall, wenn man die zahlreichen Sonderunterstützungen, die neben den laufenden Unterstützungen gewährt werden, hinzurechnet, stark den Kosten des Verpflegungstages in der Anstalt.

Die Verpflegungssätze werden vielfach für Selbstzahler und für Patienten, die auf öffentliche Kosten untergebracht werden, verschieden hoch bemessen. Auch hier muß gegenüber den finanziellen Gesichtspunkten wieder der Standpunkt vertreten werden, denjenigen Kreisen, die im strengen Sinne noch nicht hilfsbedürftig sind, nicht die Möglichkeit zu rauben, eine ihren Bedürfnissen entsprechende und ihrer wirtschaftlichen Lage erreichbare Anstaltspflege zu erhalten. Tatsächlich wird auch der Grundsatz, Selbstzahler anders zu behandeln als Fürsorgekranke, vielfach dadurch wieder durchbrochen, daß Stiftungen, Freistellen oder Ermäßigungen vorgesehen sind. Denjenigen Kranken, die aus eigenen Mitteln die verlangten Kosten nicht aufbringen können, keine unterhaltungspflichtigen Angehörige, wohl aber Verwandte und Bekannte haben, die sich freiwillig an den Kosten beteiligen wollen, wird in Berlin eine Ermäßigung bis zu ein Viertel des vollen Pflegesatzes gewährt. Damit wird das Verantwortungsgefühl in der Bevölkerung erhalten und der Leistungsfähige je nach seinen Verhältnissen an öffentlichen Aufgaben beteiligt.

Für die Unterbringung von Rentnern in Anstaltspflege hat der Fürsorgeverband Ersatzanspruch.

Für die Renten aus der RVO. regelt er sich gemäß § 1531, für die Renten aus dem Reichsknappschaftsgesetz nach §§ 76 und 180, für die Renten aus dem Angestelltenversicherungsgesetz nach § 80, für Gebühren aus dem Reichsvorsorgungsgesetz nach § 68 und den Ausführungsbestimmungen vom 16. September 1920.

Es empfiehlt sich, von dem Aufzunehmenden eine Erklärung unterschreiben zu lassen, daß er mit der Ersatzleistung aus den ihm zustehenden Renten für die durch die Anstaltspflege entstehenden Kosten einverstanden ist. Aus diesen der Anstalt zufließenden Mitteln können allerdings in vielen Fällen die vollen Kosten der Dauerunterbringung nicht bestritten werden, so daß

der Träger der Anstalt den Fehlbetrag decken muß. Bei Verweigerung der Abtretungserklärung, mit der gelegentlich zu rechnen ist, kommt gemäß § 1540 RVO. die Einleitung des Spruchverfahrens in Frage.

## B. Altersheime.

**1. Ziele, Wesen, Zweckbestimmung.** Ebenso verschieden wie die Benennung der im Dienste der Altersfürsorge stehenden Anstalten ist auch Maß und Umfang ihrer Leistungen. Stifte, Bürgerhäuser, Invalidenhäuser, Hospitäler, Spitäler, Altersversorgungsanstalten, Bürgerheime, Rentnerheime, Feierabendhäuser, Versorgungshäuser, Altenheime, sie alle verfolgen den gleichen Zweck: *Erwerbsunfähigen alten Personen, bei denen die Krankheitserscheinungen des Alters noch nicht im Vordergrunde der Hilfsbedürftigkeit stehen, eine Heimstätte und einen sorgenfreien Lebensabend zu bieten.* Diese Anstalten sind also Einrichtungen der wirtschaftlichen Fürsorge, haben aber mannigfaltige Beziehungen zum Aufgabenkreis und den Einrichtungen der gesundheitlichen Fürsorge.

Am nächsten stehen den Altersheimen die Siechenhäuser. Auch sie sind hauptsächlich für das Greisenalter bestimmt. Bei der engen Verwandtschaft von Alter und Krankheit ist nicht selten das Altenheim die Vorstufe zur Unterbringung in der Pflegeanstalt. Dem tragen viele neuere Altenheime Rechnung, indem sie gleichzeitig auch Stationen oder Abteilungen zur Pflege der Erkrankten enthalten. Die Altersheime unterscheiden sich von den Siechenhäusern vor allen Dingen dadurch, daß die im Altersheim benötigten Leistungen ganz überwiegend wirtschaftlicher Art sind, während die Pflegeanstalten durch die Leistungen der Krankenhilfe ihr besonderes Gepräge erhalten. Für die Krankenanstalten haben die Altersheime insofern Bedeutung, als sie, ebenso wie die Siechenhäuser, *unnötige Beanspruchung* aus sozialen Gründen *verhindern* können, indem sie hilfsbedürftigen alten Leuten ein Obdach bieten. Es ist eine der dringendsten Aufgaben der allgemeinen Wohlfahrtspflege, in den nächsten Jahrzehnten die seit langem unangenehm empfundene Lücke zwischen Privatsanatorium und Armenhaus zu schließen. Aber auch ein weiterer Umstand verdient ernste Beachtung. Der Ausbau der geschlossenen Fürsorge für das Alter *entlastet* den *Wohnungsmarkt*. Zahlreiche ältere Personen, deren Vermögen zerschmolzen und deren Einkommen gering ist, halten sich nur mit Hilfe von regelmäßig oder häufig wiederkehrenden Unterstützungen oder durch Untervermieten in ihren Wohnungen, können sie aber fast durchweg nicht mehr selbst bewirtschaften und sauber halten. Da es sich

hier gerade um die besonders begehrten Kleinwohnungen handelt, ist es durchaus möglich, in dem Umfange, in dem Plätze in Altersheimen geschaffen werden, brauchbare Kleinwohnungen für die übrige Bevölkerung frei zu bekommen. Für die alten Leute selbst ist der Übergang in die hygienisch günstige Umgebung und in das gesicherte Leben eines Heimes meist eine erhebliche Verbesserung ihrer Lage.

**2. Träger.** Aus der starken Nachfrage nach Plätzen in Altersheimen haben seit dem Jahre 1924 bereits zahlreiche *Gemeinden* die Folgerung gezogen. Nicht nur, daß die Träger der öffentlichen Fürsorge mehr und mehr auf die einheitliche Ausgestaltung der Altersfürsorge überhaupt ihr Augenmerk richteten, sie haben auch zum Teil vorbildliche neue Einrichtungen geschaffen. Einer der ersten modernen Bauten, der Ende 1923 bereits in Betrieb genommen wurde, ist das Nürnberger Altersheim, ihm folgten kommunale Neugründungen, z. B. in Altona-Bahrenfeld, Dortmund, Magdeburg, Köln. Sie gehen bewußt von den überlieferten Formen in der Baugestaltung wie in der Einrichtung und im Betriebe ab und beweisen, daß man dem neuen Massennotstand zweckmäßig Rechnung tragen will. Aber auch die Träger der *freien Wohlfahrtspflege*, die bisher den weitaus größeren Teil aller Altersheime eingerichtet und geführt hatten, sind bemüht, ihrerseits dieses Gebiet der Fürsorge weiter zu fördern. Nicht mehr, wie in früheren Jahrhunderten, sind es hauptsächlich einzelne Persönlichkeiten, die ihren Besitz oder besonders errichtete Häuser testamentarisch gern dem Zwecke eines Altersheimes zuführen, sondern die organisierte freie Wohlfahrtspflege aller Richtungen treibt mit lebhaftem Eifer Altersfürsorge. In manchen Landesteilen herrschen die kirchlichen Wohlfahrtsorganisationen vor, in anderen sind es neutrale Verbände, hier haben Berufsvereinigungen, dort politische Organisationen, hier die Betriebswohlfahrtspflege oder Interessenvereinigungen sich in den Dienst der neuen Aufgabe gestellt. Dazu kommen von den Trägern der Reichsversicherung besonders die *Versicherungsanstalten*, die ihren Invaliden statt der Geldbezüge die Sachleistung durch Unterbringung in Invalidenheimen ermöglichen und hierfür Eigenbetriebe eröffnen.

**3. Typen.** Mit Rücksicht auf die ganz verschiedenen Ansprüche werden mehrere *Anstaltstypen* benutzt. Der eine enthält im wesentlichen eine größere Zahl von *Kleinstwohnungen*, die einen *selbständigen Haushalt* zulassen und überläßt es dementsprechend auch den Bewohnern, sich selbst weiter zu versorgen. Ein anderer Typ verwendet gleichfalls Kleinstwohnungen, die für jede Partei

abgeschlossen sind, leistet aber noch *zentrale Bewirtschaftung* durch gemeinsame Küche und Personal. Ein dritter Typ, der für die gesundheitliche Fürsorge die größte Bedeutung hat, verbindet mit der Unterkunft und der Möglichkeit, an der zentralen Bewirtschaftung teilzunehmen, gleichzeitig eine *Pflegestation oder -abteilung* für diejenigen Insassen, die nicht mehr rüstig genug sind, um ihre Wirtschaft selbst führen zu können. Außer diesen Haupttypen finden sich noch verschiedene andere, die zum Teil den Charakter des Behelfsmäßigen tragen. Besonders in kleineren Verhältnissen und auf dem Lande ist die Verbindung verschiedenartigster Zwecke in einem Gebäudekomplex beliebt. Bei einem Waisenhaus, Kinderheim oder Mütterheim sind auch eine Reihe von Zimmern für alte Leute vorgesehen. Oder aber es wird eine kleinere Abteilung für alte Leute an ein Krankenhaus angegliedert und von diesem aus mit versorgt. Die Verbindung von Säuglings- und Altersheim im gleichen Gebäude sollte jedoch vermieden werden. Nach Reihenuntersuchungen von GOLDMANN und WOLFF an Insassen des Berliner Hospitals Buch haben mindestens 2,7% der alten Leute eine ansteckende Tuberkulose der Lungen. Die Erkrankung bleibt meist unerkannt, da sie durch andere Veränderungen verdeckt wird. Die „alten Huster“ bilden also eine sehr ernste Gefahr für die besonders empfänglichen Altersklassen, zumal die Übertragungsmöglichkeiten durch eine gewisse Unachtsamkeit noch erhöht wird. Die Mindestforderung ist, daß bei gemeinschaftlicher Unterbringung von Säuglingen und alten Leuten in einem Gebäude beide Gruppen auch in den Aufenthaltsräumen, den Gartenanlagen usw. streng voneinander getrennt sind. An ein Mutterhaus zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal ist ein allgemeines Krankenhaus und ein Schwesternheim, z. B. im Hamburger Vereinshospital und Hannoverischen Clementinenhaus des Deutschen Roten Kreuzes, angeschlossen, oder ein Säuglingsheim mit Säuglingspflegeschule oder eine Haushaltungsschule ist in Betriebseinheit mit einem Altersheim (Mannheim). Die engen Zusammenhänge mit der Bekämpfung der Obdachlosigkeit haben dazu geführt, auch hier und da Asyle zur vorübergehenden Unterkunft für obdachlose Leute mit Altersheimen auf gleichem Gelände anzulegen. Schließlich sind nicht selten erwerbsunfähige, aber gesunde Alte, chronisch Kranke und Altersgebrechliche, arbeitsfähige, aber arbeitsscheue Personen und Fürsorgezöglinge gemeinsam untergebracht worden. Diese Regelung birgt nicht geringe Gefahren, da die Bevölkerung die Anstalt nach den schlechtesten Elementen beurteilt und das Personal in Ton, Umgangsformen und Behandlungsweise u. U. nicht genügend

differenziert. Allerdings ist es bei einer derartigen Kombination möglich, den Gesamtbetrieb durch die von den Gesunden geleistete Arbeit wirtschaftlicher zu gestalten. Asoziale oder extrasoziale Elemente werden hier zu Ernährern einer Reihe erwerbsunfähiger Personen. Die Nachteile, die aus einer solchen Verbindung zu befürchten sind, müssen sehr ernst genommen werden. Nur dann, wenn Sonderanstalten für die einzelnen Gruppen der genannten Hilfsbedürftigen nicht lohnend sind, sollte überhaupt dieser Weg beschritten werden, und auch dann nur in der Weise, daß die einzelnen Abteilungen räumlich sehr weit voneinander getrennt sind.

Einen derartigen Typus stellen die *Bezirkspflegeanstalten* des Bezirksverbandes der Amtshauptmannschaft *Pirna* dar; sie haben je ein besonderes Haus für Korrekzionäre, Versorgte und Sieche. Das Versorgungshaus für Kinder ist völlig ausgegliedert und befindet sich an einem benachbarten Ort.

Sehr zweckmäßig ist für Großstädte das Vorgehen, die Altersheime zum *Mittelpunkt der gesamten Altersfürsorge* für einen bestimmten Bezirk zu machen, also mit Rentner- oder Volksküchen, Wärmestuben, Lesehallen, Werkstätten für Erwerbsbeschränkte und einer Vermittlungsstelle für Hauspflege und Krankenpflege im Hause zu verbinden.

So ist im Verwaltungsbezirk Prenzlauer Berg in Berlin die *Kombination zwischen Wohnheim und Tagesaufenthalt* mehrfach durchgeführt. Eine kleinere Zahl von Rentnern haben in Einzelzimmern feste Wohnung, die außerdem vorhandenen größeren Aufenthaltsräume stehen nicht nur den Heiminsassen, sondern auch anderen Klein- und Sozialrentnern zur Verfügung. Ursprünglich war die Einrichtung als bessere Wärmehalle gedacht, die Entwicklung ging aber schnell darüber hinaus. Die alten Leute erhalten jetzt nicht nur auskömmliche Verpflegung zu billigen Preisen, sondern finden auch Zeitungen und eine kleine Bücherei vor. Unterhaltungsabende und Vorträge werden veranstaltet und Verdienstmöglichkeiten durch Vermittlung von Heimarbeit geschaffen. In dem Rentnerheim Greifswalder Straße 225 wohnen 9 Kleinrentnerinnen und verkehren täglich 100—150 Rentnerinnen; im Rentnerheim Schönhauser Allee 140 sind ständig 12 Klein- und Sozialrentner untergebracht, und 70—100 gehen täglich ein und aus. Hier wurde die Küche selbst bewirtschaftet und einer Kleinrentnerin unterstellt. An dem Mittagstisch, der für 25 Pf. verabfolgt wird, beteiligen sich täglich 72 Personen.

**4. Größe.** Solange Altersheime vorwiegend durch Stiftungen einzelner Persönlichkeiten gegründet und unterhalten wurden, waren sie naturgemäß schon aus geldlichen Gründen auf bescheidene Größen angewiesen. Viele Anstalten hatten Platz für 10—30 Insassen, allenfalls nahmen sie bis 100 Personen auf. Oft haben sich auch kapitalkräftige Bauherren aus dem Wunsche heraus, den Eindruck des Massenbetriebes zu vermeiden, mit der Errichtung kleiner Anstalten zufrieden gegeben. Es ist aber fraglich, ob diese Begründung stichhaltig und der Verallgemeinerung

von Altersheimen nützlich ist. Wie auch sonst auf dem Gebiete des Anstaltswesens bieten größere Anstalten den Vorteil, das Personal reichhaltiger zur Verfügung stellen, besser ausnutzen und günstiger besolden zu können. Sie erhöhen die Wirtschaftlichkeit, sobald der Gemeinschaftsbetrieb in Betracht gezogen wird, gestatten bessere hygienische Versorgung und ermöglichen auch die besonders nötige Sonderung der Bewohner je nach ihren Wünschen, Lebensgewohnheiten und vor allem nach ihrer körperlichen und seelischen Verfassung. Die Unterhaltung einer kleinen Pflegestation mit krankenpflegerisch ausgebildeten Kräften erspart häufig den Insassen das Ausscheiden aus einer Umgebung, die ihnen vertraut geworden ist, sie lohnt sich aber nur bei größeren Anstalten.

Lage. Um den alten Leuten den Aufenthalt im Freien zu erleichtern, hat man gern neuere Anstalten in die Nähe von Freiflächen oder Parks gelegt, so in München. Beim Erbauen von Siedlungen für die arbeitende Bevölkerung sollte auch dafür gesorgt werden, daß nachbarlich zu Freiflächen ein Altenheim vorgesehen und durch diese Lage der Zusammenhalt mit den Angehörigen erleichtert wird.

Gliederung. Die stärkere Besetzung der höheren Altersklassen mit Frauen weist auf die Notwendigkeit hin, Plätze für das *weibliche Geschlecht* zahlreicher zur Verfügung zu halten. Einen Anhalt dafür, in welchem Verhältnis Männer- und Frauenplätze vorzusehen sind, bieten die Berechnungen über die Sterbenswahrscheinlichkeit aus den Jahren 1924—1926. Es wäre verfehlt, sich sklavisch an die Erfahrungen früherer Jahrzehnte zu halten. Im Gegensatz zu früher haben jetzt auch die Männer in den mittleren und höheren Altersklassen bessere Lebensaussichten, die wohl auf den Erfolg der Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen Lebensverhältnisse zurückgeführt werden können. Während die Bevölkerung gern ältere Frauen, auch wenn sie nur noch Bruchteile von Arbeitskraft besitzen, im Hause mit der Beaufsichtigung von Kindern oder der Besorgung der Wirtschaft beschäftigt, werden Greise vielfach als „lästige Mitesser“ betrachtet und aus diesem Grunde auch eher Anstaltspflege in Anspruch nehmen müssen.

Bei jeder neuen Anstalt muß weiter darauf geachtet werden, in genügender Zahl *Ehepaarzimmer* zur Verfügung zu stellen, an denen es leider bisher vielfach mangelt. Wenn diese Forderung in den Siechenhäusern wegen ihrer ganz anderen Aufgaben nicht so stark betont zu werden braucht, so kann sie bei den Altersheimen nicht nachdrücklich genug erhoben werden.

**5. Leistungen.** Raum zum Schlafen und Wohnen mit oder ohne Innenausstattung, Heizung und Beleuchtung, Kochgelegenheit oder Beköstigung, Bademöglichkeit und Warmwasserversorgung, Wäsche, Taschengeld, Beaufsichtigung, Wartung und Pflege leisten die Altersheime in allen nur denkbaren Abarten von der einfachsten bis zur vollkommensten Form. Besonders in Süddeutschland und den Hansestädten sind seit langer Zeit *Wohnstifte* beliebt, sie werden auch neuerdings gern benutzt. Beispiele dieser Typen aus früherer Zeit sind die Vaterstädtische Stiftung in Hamburg und das Reventlow-Stift in Altona. In neuen Anstalten findet sich überall elektrisches Licht, die alte Ofenheizung oder die Methode der Geldzuschüsse für die Beschaffung von Feuerungsmaterial ist vielfach verlassen und durch Sammelheizungsanlagen ersetzt, ebenso ist für die Anlage fließenden Wassers in den Zimmern gesorgt worden. Dagegen wird in der Beköstigung den individuellen Wünschen weitgehend Rechnung getragen.

Manche Anstalten gehen nur dann zur Anstaltsbeköstigung über, wenn die Insassen pflegebedürftig werden, andere lassen den Insassen freie Wahl, ob sie in ihrer Kochnische oder Küche wirtschaften wollen oder an der Anstaltsbeköstigung teilzunehmen wünschen. Beispiele für die neuzeitliche Gestaltung solcher Wohnstifte sind die Riehler Heimstätten in Köln, die Altersheime in Dortmund, Magdeburg, Mannheim, München, Neuhaldensleben, Nürnberg, Stuttgart.

Das Wohnstift der *Kölner Heimstätten* umfaßt bisher 4 große Gebäude für je etwa 100 Personen, 4 kleinere Gebäude für insgesamt etwa 100 Personen und ein Klubhaus, die sämtlich in Gartenanlagen eingebettet sind. Die Anlage wird noch um weitere 250 Wohnstiftwohnungen vergrößert. In der einräumigen Wohnung sind durch halbhohe Holzwände und Vorhänge Wohnraum, Schlafräum und Küchennische geschaffen, in den zweiräumigen Wohnungen ist die Kochnische eingebaut. In jedem Stockwerk der großen Häuser sind Gartenzimmer als Aufenthaltsräume, im Klubhaus Speisezimmer, Kaffeezimmer, Bibliothek, Leseraum, Gartenzimmer, Wohnzimmer. Als besondere Abteilung besteht eine Pflegestation, sie hat die gleiche Einrichtung wie das übrige Wohnstift, bietet jedoch volle Versorgung und Verpflegung, insbesondere auch Krankenpflege.

Das *Nürnberger* Altersheim besteht aus zwei zweigeschossigen Hauptflügeln für die Einzelräume und einem kürzeren Flügel für Gemeinschaftsräume. Es enthält im ganzen 105 Wohnungen, die meist aus großem Wohnzimmer, Bettische und kleiner Küche bestehen. Im einzelnen sind vorhanden: 67 Einzelzimmer mit Küche für je einen Insassen; 2 Einzelzimmer mit Küche für je 2 Insassen (Geschwister); 2 Doppelzimmer mit Küche für je ein Geschwisterpaar; 23 Doppelzimmer mit Küche für je ein Ehepaar; zehn Siechenzimmer ohne Küche für je eine Person; 1 Siechenzimmer ohne Küche für 2 Personen. Außerdem sind 2 Krankenzimmer mit zusammen 5 Betten vorhanden. Den Insassen steht außer der eigentlichen

Wohnung mit Küche eine abschließbare Kellerabteilung sowie ein nicht abschließbarer Teil auf dem Boden für Unterbringung kleinerer Einrichtungsgegenstände zur Verfügung. In der Kücheneinheit ist eine zweiflämmige Gaskochvorrichtung mit Münzwertmesser angebracht. Die Wohnräume haben elektrische Beleuchtung. Als Ergänzung der Einzelräume sind zahlreiche Plaudernischen und Loggien vorhanden, ferner Gesellschaftsräume, ein Saal, Unterhaltungszimmer, Gartenhalle und Gartenpavillon, Waschküche, Bügelzimmer, Trockenboden und allgemeines Bad. Ihre Benutzung steht allen Insassen frei.

Als Mietzins wird ein Betrag erhoben, der von einer besonders niedrig angesetzten Grundmiete berechnet wird. Die Insassen haben also eine verbilligte Wohnung, wirtschaften aber im übrigen selbst und müssen für ihren Unterhalt aufkommen. Für die Aufnahme gilt als Grundsatz, daß eine Wohnung von mindestens 2 Zimmern mit Küche, die zur Unterbringung einer Familie geeignet ist, frei gemacht wird. Im übrigen werden wirtschaftlich schwächere und ältere vor jüngeren Personen bevorzugt. Insassen, die im Laufe der Zeit pflegebedürftig werden, kommen in die Siechenzimmer, werden dort durch eine Fürsorgerin betreut und von der Anstalt gegen einen angemessenen Verpflegungssatz auch beköstigt. Ärztliche Versorgung ist nicht inbegriffen. Die Wahl des Arztes steht den Insassen frei; bei Bedürftigkeit tritt die öffentliche Wohlfahrtspflege für Arzt und Arznei ein.

Während die genannten Anstalten den Typ der Freiwohnung in seinen verschiedenen Abarten darstellen, übernimmt eine andere Gruppe von Anstalten grundsätzlich die *gesamten*, irgendwie in Betracht kommenden *Leistungen*, also neben der Unterkunft mit allem Zubehör die Beköstigung, Bedienung und die Hilfe im Erkrankungsfalle. Diese Anstalten betonen damit das Prinzip der *Hausgemeinschaft* gegenüber dem völlig selbständigen Leben und der Abgeschlossenheit jeder einzelnen Partei.

Das *St. Joseph Spital in München*, der größte Bau, den die Stadt bisher aufgeführt hat, ist im Jahre 1928 fertiggestellt worden. Es bietet Unterkunft für 800 Personen. Die Gesamtkosten beliefen sich einschließlich des Geländes auf rund 5 Millionen Mark. Durch das Hauptgebäude sind 8200 qm, durch die Wirtschaftsbetriebe 1000 qm bebaut. Ein Mittelbau mit 173 m Front und 2 Flügelbauten sind durch einen Querbau verbunden, so daß große Höfe entstehen. Es sind 294 Zimmer für Pfründner und 88 Krankenzimmer vorgesehen. Von den Pfründnerzimmern sind 241 für je 2, 14 für je 3, 12 für je 4, 24 für je 5 und 3 für je 6 Bewohner eingerichtet. 193 Zimmer werden völlig eingerichtet, die übrigen werden leer abgegeben.

Das neue Altersheim in *Altona-Bahrenfeld* soll in Form einer Siedlung auf einem 4 ha großen Gelände nahe dem Stadtpark erstehen und in einer größeren Zahl von Wohnpavillons 1000 Personen aufnehmen. Die Wohnpavillons sind einstöckige Häuser, die von Rasenplätzen mit Rosenanlagen umgeben sind. In jedem Hause sind 15 Schlafzimmer für je 2 Personen, ein gemeinschaftlicher Tagesraum, ein Raum für die Aufsicht und Nebenräume vorhanden. Die einzelnen Zimmer sind mindestens mit 2 Betten, 2 Stühlen, 1 Tisch, 1 Waschtisch mit Zubehör und einem Doppelschrank für Kleider ausgestattet. Jeder Pavillon ist mit Wasserleitung und Klosettanlage versehen und wird an die Zentralheizung angeschlossen. Der erste Bauabschnitt, der bereits fertiggestellt ist, besteht aus 6 Wohnpavillons, einem Wirtschafts- und einem Verwaltungsgebäude. Das zweistöckige Wirt-



schaftsgebäude enthält im unteren Stock Küchenräume, im Keller Gemüse-, Putz- und Vorratsräume, im oberen Stock ein Sitzungszimmer und Räume für das Küchen- und Wirtschaftspersonal; der Boden dient als Vorratskammer für Lebensmittel. Das zweistöckige Verwaltungsgebäude enthält im Keller eine provisorische Badeeinrichtung, im Erdgeschoß Zimmer für Arzt, Apotheke, Büro, Hauswart und Heimbibliothek; im Obergeschoß sind Wohnungen für die Krankenschwester und den Anstaltsleiter.

Bekleidung und Wäsche liefern nur wenige Anstalten. Die meisten stellen nicht unerhebliche Anforderungen bei der Aufnahme, übernehmen allerdings dann während des Anstaltsaufenthaltes Reinigung und Ausbesserung. Dort, wo keine besondere Pflegestation vorhanden ist, die an sich bereits ärztlich versorgt wird, verpflichtet die Anstalt entweder einen bestimmten Hausarzt zur Betreuung im Bedarfsfalle oder wendet sich an die Ärzte, die in der freien Wohlfahrtspflege tätig sind. Das Prinzip der freien Arztwahl konkurriert auch hier, wie auf anderen Gebieten, mit dem Prinzip des fixierten Arztsystems. Die zweckdienlichste Lösung in größeren Anstalten ist die feste Verpflichtung eines Anstaltsarztes, der am besten, falls er durch das Altersheim nicht voll beschäftigt ist, noch auf anderen Gebieten der kommunalen Fürsorge arbeitet. Arznei und kleine Heilmittel, insbesondere Brillen und Bruchbänder, die sehr häufig verschrieben werden müssen, liefern die Anstalten entweder aus ihren eigenen Mitteln oder veranlassen die Lieferung durch die Organe der Wohlfahrtspflege. Das Taschengeld, das früher meist aus Stiftungen entnommen werden konnte, wird jetzt im allgemeinen zwar in öffentlichen Anstalten, nur selten dagegen in Privatanstalten zur Verfügung gestellt. Um hier jede Härte zu vermeiden, empfiehlt es sich für den Fürsorgeträger, den Insassen auch einen kleinen Betrag zur Bestreitung persönlicher Bedürfnisse zur Verfügung zu stellen. Werden die Altersheime, so wie es ihr Zweck verlangt, belegt, so kann der *Personalbestand* verhältnismäßig niedrig gehalten werden, da die alten Leute zum größten Teil für sich selbst sorgen können. Im wesentlichen ist außer der Leitung und Verwaltung Hauspersonal für die gröberen Arbeiten, Wirtschaftspersonal je nach der Zahl und Größe der Gemeinschaftsbetriebe und in geringerem Umfange Pflegepersonal erforderlich. Die meisten Anstalten lassen Korridore, Treppen, Bäder und Gemeinschaftsräume durch Hilfskräfte auf Anstaltskosten reinigen, stellen aber auch auf Antrag den einzelnen Bewohnern wöchentlich einmal eine Hilfe zur gründlichen Reinigung der Wohn- und Schlafzimmer. Vielfach ist es üblich, daß Geistliche oder Ordensschwestern oder sogenannte Hauseltern die Verwaltung der Anstalt haben. Gerade in kleineren Verhältnissen bewährt es sich,

wenn eine Krankenschwester, die in der Gemeindefrankenpflege arbeitet, auch das Altersheim unter ihrer Obhut hat. Größere Anstalten können Verwaltungsbeamte nicht entbehren.

Die *Hospitälcr zum heiligen Geist* und *St. Georg in Berlin*, Wohnstifte mit etwa 285 Plätzen, haben 1 Hausverwalter, 2 Pfortner, 1 Ordensschwester und 2 Wartefrauen. Die *Lange-Schucke-Stiftung in Berlin*, gleichfalls ein Wohnstift, hat lediglich 1 Hausverwalter und 1 Pfortner angestellt; in beiden Anstalten werden die Verwaltungsgeschäfte ehrenamtlich von städtischen Beamten erledigt. Das *Nürnbergcr städtische Altersheim*, das für die Mehrzahl der Insassen nur die Unterbringung gewährt, hat bei 105 Plätzen 1 Hausvater, 1 Dienstmädchen, 1 Fürsorgeschwester und 1 Helferin. Beispiele für den Personalbedarf in Vollanstalten seien Augsburg, Altona und Kiel. Für das 269 Plätze enthaltende *paritätische Hospital in Augsburg* sind 1 Verwaltungsinspektor, 2 Verwaltungsbeamte, 1 Rote-Kreuz-Schwester und 11 Hausmädchen vorhanden, welche gleichzeitig auch die paritätische Versorgungsanstalt mit 42 Plätzen mit versorgen. Das *Altonaer Altenheim* hat für jedes Wohnhaus (30 Personen) 1 Haushelferin, abgesehen davon eine staatlich geprüfte Krankenpflegerin und 1 Wärter für den Krankendienst, 1 Wirtschaftsvorsteherin für die Hauswirtschaft, 1 Küchenvorsteherin, 1 Praktikantin, 2 Küchenmädchen für den Küchenbetrieb (180 Personen, außer dem Personal). Das *Kieler städtische Siechenheim*, das trotz seines Namens mehr den Charakter eines Altersheims hat, versorgt 23 Männer und 15 Frauen und braucht dazu 1 Verwalter, 2 Haus- und Küchenmädchen, 1 Köchin und 1 Knecht.

**6. Aufnahmebedingungen.** Die Bedingungen für die Aufnahme in ein Altersheim sind vielfach durch Stiftungen oder letztwillige Verfügungen unabänderlich festgelegt worden oder durch Verschiedenartigkeiten in der Organisation der Fürsorge in einer Richtung getroffen, die den neueren Notwendigkeiten nicht gerecht wird. *Ortsansässige* Personen, von denen sogar vielfach ein langjähriger Aufenthalt nachgewiesen werden muß, werden auch heute noch allgemein bevorzugt. Der Zugehörigkeit zu einer bestimmten *gesellschaftlichen Schicht* wird besonders zugunsten der freien Berufe und der Rentner Rechnung getragen.

So sind eine Reihe von Heimen für Privatlehrerinnen, Erzieherinnen, Künstler bestimmt; die Aufnahmebedingungen besagen ausdrücklich, daß die Anstalt den Gebildeten einen sorgenfreien Lebensabend verschaffen soll. Auch für Dienstboten und Hausangestellte ist in dieser Weise vielfach gesorgt worden. Schließlich haben Innungen und Berufsverbände für ihre Angehörigen eigene Heime errichtet, und Wohlfahrtsorganisationen sind für Krankenpflegepersonal eingetreten, indem sie in einzelnen Anstalten Mutterhaus und Altersheim vereinigten. In Berlin unterhält die Handelskammer ein Heim für Kaufleute und vereidete Makler und deren Angehörige, eine Stiftung ist für Tuchmacher, Baumwoll- und sonstige Weber, eine andere für Kaufleute vorgesehen, hier

werden Töchter von Handwerkern mit besonderer Bevorzugung von Bäckern, dort nur höhere und mittlere Beamte oder nur Lehrerinnen und Pfarrersangehörige aufgenommen.

In letzter Zeit sind die Kleinrentner in den Mittelpunkt des Interesses gerückt, und es sind besondere Heime für sie gegründet worden, die jedenfalls den Vorteil haben, daß sie eine bestimmte Vermögensgrenze und einheitliche Beurteilung zugrunde legen.

Während Anstalten, die von öffentlicher Seite unterhalten werden, interkonfessionell geführt werden, dienen Anstalten der konfessionellen Wohlfahrtspflege häufiger bevorzugt oder allein Angehörigen einer bestimmten *Religionsgemeinschaft*. Hier werden nur Frauen, dort nur Männer aufgenommen, hier Unverheiratete bevorzugt, dort auch Ehepaare zugelassen. Am bedeutungsvollsten sind die Bedingungen, die an das *Alter* geknüpft sind, sowie die Grundsätze, nach denen die *Hilfsbedürftigkeit* geprüft wird und die *Inhaber von Wohnungen* bevorzugt werden.

Der Zeitpunkt, zu dem bei dem Durchschnitt der Bevölkerung Invalidität eintritt, kann nach den Erfahrungen, die beim Reichsversicherungsamt nach Einführung der Altersrenten gemacht sind, etwa vom 60. Lebensjahre an angenommen werden. Aus der Praxis heraus haben zahlreiche Anstalten im gleichen Sinne die Vollendung des 60. Lebensjahres zur Voraussetzung für die Aufnahme gemacht. Handelt es sich darum, daß durch die Anstaltsunterbringung Wohnräume gewonnen werden können, so kann diese Grenze ebenso unbedenklich herabgesetzt werden, wie in den Fällen, in denen völlige Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bereits zu einem früheren Zeitpunkt eingetreten ist. Die Stadt Köln gewährt so in ihren Riehler Heimstätten bereits Personen über 50 Jahren Aufnahme. Für die Prüfung der fürsorgerechtlichen Hilfsbedürftigkeit werden gern bestimmte Einkommensgrenzen festgesetzt. Hierbei wird im Sinne der Bestrebungen auf „gehobene Fürsorge“ oft der Begriff „minderbemittelt“ benutzt, um eine größere Bewegungsfreiheit zu haben. Köln betrachtet als minderbemittelt eine Person, deren monatliches Einkommen weniger als 150 M. beträgt, bei zwei Personen sind die Grenzen bei einem monatlichen Einkommen von 250 M. gezogen. Ein Zeichen für die verständnisvollen Bemühungen um Linderung der Wohnungsnot ist das Vorgehen vieler Kommunen, die größten Wert auf das Freimachen von Wohnungen, die von alten Leuten bewohnt werden, legen. Nürnberg und Köln verlangen z. B., daß dem Wohnungsamt eine Wohnung von mindestens zwei Zimmern zur Verfügung gestellt wird, Köln gestattet gleichzeitig aber auch die Aufnahme solcher Personen, die keine

eigene Wohnung besitzen und bei Verwandten aufgenommen waren, wenn ihre Aufnahme in das Wohnstift zur Erleichterung einer bei den Angehörigen herrschenden Wohnungsnot dient. Durch die Unterbringung von 348 Parteien (500 Personen) im Wohnstift wurden 658 Räume freigemacht, und außerdem wurde der Wohnungsmarkt von 100 Parteien entlastet, die bei Angehörigen lebten. Um die *Kosten der Unterbringung* zu decken, werden heute hauptsächlich laufende Beiträge von den Insassen eingezogen. Der Brauch, ein größeres „Einkaufsgeld“ zu erheben, das nach dem Alter, Vermögen und der Beschaffenheit der Zimmer abgestuft wird, ist unter den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen vielfach fallen gelassen worden. Entweder werden die Beiträge der Insassen so angesetzt, daß die tatsächlich entstehenden Unkosten ausgeglichen werden, oder die Betriebskosten werden durch Zuschüsse von den Trägern niedrig gehalten. Dieses Verfahren wird immer dann nötig sein, wenn die Unkosten über den Satz hinausgehen, den der Minderbemittelte ohne Nachteile zahlen kann. Häufig werden Freistellen oder Ermäßigungen durch Stiftungen ermöglicht. Die Höhe der Beträge schwankt je nach dem Charakter der Anstalt und den Leistungen, die beansprucht werden, recht erheblich. Ein Satz von etwa 3 M. täglich entspricht dem Durchschnitt solcher Anstalten, die neben der Unterkunft auch für alle anderen Bedürfnisse aufkommen.

In den Riehler Heimstätten der Stadt Köln beträgt der Preis für eine Wohneinheit monatlich je nach Größe 20—25 M., für zwei zusammengehörige Wohneinheiten 35 M. Hier sind Miete, Heizung, Wasser, Licht, Kraft zum Kochen, wöchentliches Bad und Reinigen der Wäsche eingeschlossen. In den Berliner städtischen Altersheimen, die außer der Unterkunft auch die Verpflegung sowie die sonstigen Nebenleistungen gewähren, wird durchschnittlich ein täglicher Pflegesatz von 3 M. erhoben.

Renten oder andere Bezüge müssen im allgemeinen der Anstalt oder der Fürsorgebehörde zum Ausgleich zur Verfügung gestellt werden, es bleibt aber entweder der überschießende Teil der Bezüge oder ein bestimmter Anteil den Bezugsberechtigten als Taschengeld. Beiträge zu Kranken- und Sterbekassen zahlen Anstalten häufig weiter und erwerben damit das Recht, die fälligen Beträge zu verwenden. Die Hinterlegung einer bestimmten Summe als „Sterbegeld“ spielt hauptsächlich in Privatanstalten eine Rolle. Über das Eigentum der Insassen verfügen nach dem Tode die Anstalten bzw. die Fürsorgeträger auf Grund des gesetzlichen Erbrechtes, wenn die Anstaltsunterbringung auf öffentliche Kosten erfolgt ist, ebenso sind die Anstalten Erben von Personen, die Freistellen innehatten, und vielfach auch in allen anderen Fällen.

Da die Bewohner von Altersheimen ein mehr oder minder selbständiges Leben führen können, ist auch die persönliche Freiheit nur wenig eingeschränkt. Die *Hausordnungen* regeln im allgemeinen die Zeiten des Aufstehens und Schlafengehens, der Einnahme von Mahlzeiten, des Ausgehens und Empfanges von Besuchen. Einen guten Überblick über diese Fragen gestattet die

*Hausordnung für das Altersheim Nürnberg.*

*I. Allgemeine Bestimmungen.*

1. Es ist Pflicht eines jeden Insassen, einen ruhigen, anständigen Lebenswandel zu führen, Nüchternheit, Reinlichkeit und Ordnungsliebe zu üben und in freundlichem Einvernehmen mit den übrigen Mietern und dem Personal des Heims zu leben.

Bei Zwistigkeiten hat derjenige, der sich verletzt fühlt, unter Vermeidung jeder Selbsthilfe seine Beschwerde bei dem Hausvater der Anstalt anzubringen.

2. In allen Räumlichkeiten der Anstalt, in den Höfen und Gartenanlagen ist auf peinlichste Reinlichkeit und Ordnung zu achten; alle der Anstalt gehörigen Gegenstände sind zu schonen. Beschädigungen, welche von Insassen — sei es infolge Unvorsichtigkeit oder dergleichen — verursacht werden, sind von diesen auf eigene Kosten wieder zu beheben.

Mängel in baulicher Beziehung sind dem Hausvater sofort zu melden.

Das Halten von Haustieren ist nicht gestattet; Singvögel dürfen nur nach vorher eingeholter Genehmigung des Pflegers gehalten werden.

3. Der Hausvater ist angewiesen, alljährlich, hauptsächlich während der Monate Juni mit August, in jeder Altersheim-Wohnung eine gründliche Nachschau nach Ungeziefer vorzunehmen. Zur Durchführung dieser Nachschau wird ihm ein Beamter der städt. Desinfektionsanstalt als Sachverständiger beigegeben. Sollte hierbei in einer Wohnung Ungeziefer vorgefunden werden, so ist die Wohnung auf Kosten des Inhabers einer sofortigen Desinfektion durch die Desinfektionsanstalt zu unterziehen.

4. In den Gängen, Hallen, Plaudernischen usw. dürfen von den Mietern Möbel, Bilder u. dgl. nur mit besonderer Genehmigung des zuständigen Hochbaureferenten untergebracht werden.

5. Das Tor wird in den Sommermonaten (1. April mit 31. Oktober) nachts 9 Uhr, in den Wintermonaten (1. November mit 31. März) nachts 8 Uhr abgeschlossen.

Will ein Insasse über diese Zeiten ausbleiben, so hat er sich mit dem Hausvater wegen Einhängigung eines Hausschlüssels jeweils ins Benehmen zu setzen.

Das Öffnen des Tores erfolgt in der Regel während der Sommermonate früh 6 Uhr, während der Wintermonate früh 7 Uhr.

6. Besuche Angehöriger oder Fremder sind tagsüber gestattet, doch dürfen damit keinerlei Unzuträglichkeiten, insbesondere durch die Insassen besuchende Kinder, durch Lärmen, Springen oder Schreien in oder außerhalb der Zimmer sowie im Garten oder in den Gängen usw. verbunden sein. Kinderwagen müssen im Garten oder in dem Hausflur so aufgestellt werden, daß sie den Verkehr nicht hindern; keinesfalls dürfen sie auf die Wohngänge oder Zimmer gebracht werden.

Nach Torschluß (Ziffer 5) dürfen Besucher in der Anstalt oder im Garten nur, mit besonderer, vom Hausvater erteilter Erlaubnis verbleiben.

Das Nächtigen von Besuchern in den Insassenwohnungen ist verboten; doch können — soweit möglich — auswärtige Besucher nach vorheriger Anmeldung beim Hausvater der Anstalt in den vorhandenen Fremdenzimmern gegen angemessene Vergütung übernachten. Die Fürsorgeschwester gibt an solche Besucher auf Verlangen auch einfaches Frühstück gegen entsprechende Bezahlung ab.

7. Den Insassen steht es frei, sich durch Arbeit in oder außer dem Hause Verdienst zu verschaffen; es darf aber hierdurch keinerlei Beeinträchtigung der Hausordnung eintreten und insbesondere die Ruhe der Anstalt nicht gestört werden.

Verlassen Insassen auf längere Zeit (z. B. auf mehrere Tage) ihre Wohnung, so haben sie hiervon den Hausvater vorher zu verständigen, und zwar unter Abgabe der Wohnungsschlüssel und Angabe von Ziel und voraussichtlicher Dauer der Reise usw.

8. Jeder Mieter erhält bei seinem Einzug für seine Wohnung einen Schlüssel ausgehändigt; für den Verschuß des Kellerabteils hat er selbst zu sorgen. Hausschlüssel können nicht verabfolgt werden. Verliert ein Mieter den Wohnungsschlüssel, so hat er für Ersatz auf seine Kosten aufzukommen.

9. Die Reinigung der Hauseingänge, Treppen, Fluren, Aborte, Abortvorräume und sämtlicher Gemeinschaftsräume erfolgt durch den Hausvater bzw. dessen Personal.

10. Werden von Insassen Gegenstände verloren, so ist der Hausvater sofort zu benachrichtigen; gefundene Gegenstände sind ihm sogleich zu übergeben.

11. Die Benützung des Telephons in der Hausvaterwohnung ist gegen Bezahlung der jeweils festgesetzten Gebühren gestattet.

## *II. Zu beachten für die Wohnungen.*

1. Die Wohnräume sind stets sauber und in Ordnung zu halten; auf entsprechendes Lüften ist zu achten.

Verboten ist das Zerkleinern von Heizmaterial, ferner das Waschen und Trocknen der Wäsche in den Wohnungen, Vorplätzen und Gängen. Diese Arbeiten sind ausnahmslos nur an den hierzu bestimmten Orten vorzunehmen. Das gleiche ist zu beachten beim Ausklopfen von Teppichen, Decken u. dgl. Diese Geschäfte dürfen nicht auf den Gängen, Vorplätzen oder an den Fenstern vorgenommen werden.

Holz und Kohlen dürfen in größeren Mengen nur im Keller gelagert werden.

2. Öfen und sonstige mit dem Bau verbundene Einrichtungen sind zu schonen. Beim Ausschlacken der Öfen darf nicht zu stark gegen die ausgemauerten Feuerungswände gestoßen werden. Die Bratröhren sowie alle sonstigen Eisenteile sind vor Rost zu schützen. Änderungen an der Feuerung sind ohne vorherige Genehmigung der Verwaltung nicht statthaft.

Anschlüsse oder Änderungen an den Lichtleitungen sind verboten; Kurzschlüsse, Defekte usw. müssen sofort dem Hausvater gemeldet werden. Das Einschlagen größerer Nägel oder Haken in Holzteile (Türen, Fenster usw.) ist untersagt.

3. Namensschilder dürfen nur auf die an jeder Wohnungseingangstür befindlichen Holzschilder aufgeschraubt werden.

Die Durchsichten in den Gangtüren dürfen nicht mit lichtundurchlässigen Stoffen verhängt werden.

Kehricht und Küchenabfälle dürfen nur in die dazu bestimmten Sammeltonnen geworfen werden. Deckel schließen.

Es ist untersagt, Betten, Tücher u. dgl. zum Fenster hinauszuhängen, Gegenstände irgendwelcher Art aus den Fenstern zu werfen, Wasser herauszugießen oder Eßtöpfe, Schüsseln und ähnliche Dinge auf die äußere Fensterbank zu stellen.

Beim Begießen von Blumen vor den Fenstern ist darauf zu achten, daß Wände und Fußböden nicht benäßt werden.

Lose Fensterläden sind alsbald dem Hausvater bekanntzugeben.

4. Werden Gasgerüche wahrgenommen, so darf kein Feuer gemacht werden; der Hausvater ist sofort zu verständigen.

Vorsicht mit Feuer wird zur besonderen Pflicht gemacht; insbesondere darf Asche nur gehörig abgekühlt in den dazu bestimmten Behälter geworfen werden.

5. Die Hauswasserleitung wird bei starker Kälte abgesperrt und entleert. Die Entnahme von Wasser erfolgt dann zu bestimmten, vom Hausvater angesagten Tageszeiten.

6. Die Insassen haben im Verbrauch elektrischen Lichtstromes größtmögliche Sparsamkeit zu beobachten. Wird bei einzelnen Bewohnern ein außergewöhnlich hoher Verbrauch festgestellt, so wird der betreffende Bewohner zur entsprechenden Ersatzleistung der Mehrkosten herangezogen.

### *III. Bestimmungen hinsichtlich der Gemeinschaftsräume, Waschküche, Gänge, Vorplätze, Aborte, Böden, Keller usw.*

1. Im Saal, Unterhaltungs- bzw. Spielzimmer, in der Teeküche müssen beim Verlassen stets die Fenster geschlossen werden. Bei Dunkelheit nach Fortgang Licht ausschalten!

2. Bei Benützung der Waschküchen ist jede übermäßige Wasserentnahme zu vermeiden. Die benützten Einweichbottiche und Waschkessel sind nach Gebrauch sauber auszuwaschen. Die Feuerung und das Aschenloch des benützten Waschkessels sind vor Verlassen der Waschküche von allen Aschenresten zu säubern.

Diejenigen Parteien, welche die Waschküche gemeinsam benützen, haben auch gemeinsam für Reinigung des Fußbodens zu sorgen. Besonders ist darauf zu achten, daß ein Verstopfen des Bodenablaufs nicht eintritt. (Kein Abheben des Deckels vom Ablauf, da sonst leicht Kohlen und Aschenteile in die Abflußleitung geschwemmt werden können.) Beim Verlassen der Waschküchen sowie des Bügelzimmers ist nach eingetretener Dunkelheit stets das Licht auszuschalten. Die Fenster sind zu schließen.

3. Trockenboden und Möbelboden dürfen nach Eintritt der Dunkelheit nicht mehr betreten werden. Auf keinen Fall ist es erlaubt, mit offenem Licht (Kerze od. dgl.) die Bodenräume zu betreten.

Die Trockenböden sind nach Benutzung sauber zu kehren, wenn nötig, auch zu fegen.

4. Die gemeinsamen Ausgüsse sind stets sauber zu halten. Küchenreste, wie Kaffeesatz, Teeblätter, Gemüseabfälle, Obstkerne u. dgl., dürfen nicht in die Ausgüsse hineingeschüttet werden. Der Zapfhahn ist nach Gebrauch stets ordentlich zuzudrehen. Aufhängen von Gefäßen an den Zapfhahn ist nicht erlaubt.

Störungen an der Wasserleitung (z. B. Überdrehen der Zapfhähne) sind sofort dem Hausvater zu melden.

5. Bezüglich der Abortanlage beherzige jeder den Wahlspruch: Verlasse diesen Ort in Ordnung und Reinlichkeit, wie du ihn wünschst anzutreffen!“

Lumpen, dickes Papier, Küchenabfälle oder ähnliches dürfen nicht in den Abort geworfen werden.

Verstopfungen der Aborte, ständiges Laufen der Spüleleitungen sind so gleich beim Hausvater anzuzeigen.

Abortvorräume sowie die Aborte selbst dürfen nicht zum ständigen Abstellen von Eimern, Kisten, Besen u. dgl. benützt werden.

6. Die Zapfstellen und Ausgüsse im Abortvorraum (direkt vom Flur zugänglich) dienen der allgemeinen Wasserentnahme (Gebrauchswasser für den Haushalt), während die Zapfstellen und Ausgüsse in den eigentlichen Aborträumen ausschließlich für das Reinigen der Putzeimer, Nachtgeschirre usw. bestimmt sind. Beachtung dieser Scheidung und Reinlichkeit bei jedem Ausguß ist unbedingte Pflicht der sämtlichen Insassen.

7. Die Gangabschlußtüren müssen stets eingeklinkt werden. Nicht zuschlagen!

Das Herunternehmen von Bildern in den Gängen und Gemeinschaftsräumen ist nicht erlaubt.

8. Die Kellerräume sind möglichst nur am Tage aufzusuchen. Wenn nach Eintritt der Dunkelheit von Insassen die Kellerräume betreten werden, so ist streng darauf zu achten, daß beim Verlassen des Kellers alle Lampen wieder ausgeschaltet werden.

Jedem Wohnungsinhaber wird im eigensten Interesse dringend empfohlen, sein Kellerabteil stets unter Verschuß zu halten, da die Anstaltsverwaltung für etwa eintretende Verluste keine Haftung übernimmt.

9. Jeder Insasse ist verpflichtet, allenfalsige Verunreinigungen der Aborte, Kellertreppen, des Hauseinganges usw. — z. B. hinsichtlich des Hauseinganges und der Kellertreppe bei Anlieferung und Einschaffung von Kohlen oder ähnlichem — entweder selbst zu beseitigen oder auf seine Kosten beseitigen zu lassen.

10. Für die Benutzung der Badeanlage bleibt die Aufstellung einer besonderen Ordnung vorbehalten, ebenso für die Waschküche, den Trockenboden und Bügelraum.

#### IV. Schlußbestimmungen.

Die unmittelbare Überwachung der Hausordnung obliegt dem Hausvater. Die Aufstellung geeigneter Hilfsorgane aus dem Kreise der Anstaltsinsassen (Gangälteste) bleibt vorbehalten. Den Weisungen des Hausvaters ist stets Folge zu leisten.

Mit der Fürsorge für die Bewohner des Altersheims ist eine besondere Fürsorgeschwester betraut. Dieselbe wird den sämtlichen Insassen jederzeit mit Rat und Tat an die Hand gehen.

Zuwiderhandlungen gegen die Hausordnung werden durch die Verwaltung gerügt. Bei grober Verletzung der Hausordnung treten die Bestimmungen in § 3 des Mietvertrages in Wirksamkeit. Insbesondere wird auch auf § 4 des Mietvertrages hingewiesen, wonach unter anderem auch eine Verlegung von Insassen in andere Wohnungen stattfinden kann, sofern eine solche aus disziplinären Gründen (z. B. bei Streitigkeiten von Insassen untereinander u. dgl.) veranlaßt erscheint. Jedem Insassen steht das Recht der Beschwerde zu, und zwar gegen Anordnungen des Hausvaters bei der Verwaltung, gegen Verfügungen der letzteren beim Pfleger der Anstalt bzw. beim Stadtrat. In einzelnen Fällen kann beim Vorliegen besonderer Verhältnisse und Umstände der Pfleger Dispens von der Hausordnung erteilen. Der Stadtrat behält sich das Recht vor, vorstehende Hausordnung jederzeit abzuändern bzw. notwendig werdende Ergänzungen vorzunehmen.



**7. Arbeit.** Für ältere Arbeiter und Angestellte ist der Arbeitsmarkt nur schwer aufnahmefähig. Das Problem, was aus den Menschen wird, die noch beschränkt arbeitsfähig sind, aber zu ihrem eigenen Schutz oder im Interesse der Betriebssicherheit von ihrem Arbeitsplatz entfernt werden müssen, oder aus denen, die im höheren Alter ihre Arbeitsstelle verloren haben, ist sehr ernst. Die Entscheidung, ob man für diese Gruppen besondere Fürsorge-maßnahmen treffen soll, solange zahlreiche, voll erwerbsfähige Personen feiern müssen, ist ungewöhnlich schwer. Aber die außerordentlichen Lasten, die der Volkswirtschaft durch die Verpflegung zahlreicher, in ihrer Erwerbsfähigkeit geminderter Personen entstehen und in den nächsten Jahrzehnten noch in weit größerem Umfang auferlegt werden, sollten möglichst frühzeitig die verantwortlichen Stellen veranlassen, dieser Seite der Berufsfürsorge, die gleichzeitig Altersfürsorge ist, Aufmerksamkeit zu schenken. Ein Verfahren, das eine der ältesten Schweizer Maschinenfabriken, die Firma Gebrüder Sulzer A.-G. in Winterthur, eingeschlagen hat, verdient wegen der grundsätzlichen Regelung — freie Wahl zwischen Pensionierung oder leichterem Weiterbeschäftigung — größte Beachtung. Dort ist eine Werkstätte für alte Arbeiter errichtet, in der Arbeiter zum gleichen Stundenlohn wie in der früheren Stellung, aber bei verkürzter Arbeitszeit leichtere Arbeiten, die für den Betrieb nötig sind, verrichten. Gedanklich ähnlich, aber organisatorisch verschieden ist die Verbindung der Fürsorge für Erwerbsbeschränkte mit Altersheimen.

Die Stadt Köln plant bei dem weiteren Ausbau der Riehler Heimstätten ein „Versorgungsheim“ für etwa 600 versorgungsbedürftige, erwerbsbehinderte, aber in beschränktem Umfange noch arbeitsfähige Menschen. Im *Lübecker Altersheim und Versorgungsheim* ist ein Versuch gemacht, die Insassen in den Werkstätten für Erwerbsbeschränkte zu beschäftigen.

In ähnlicher Weise ist in *Barmen* die Verbindung einer Werkstätte für einheimische Erwerbsbeschränkte, die in Betrieben nicht unterkommen können, mit einem 50 Betten zählenden Heim für Daueraufenthalt und einer 60 Betten enthaltenden Herberge zum vorübergehenden Aufenthalt für Obdachlose geschaffen, so daß hier der Gedanke, Heimfürsorge in würdiger Form mit Arbeitsfürsorge zu verbinden, verfolgt wird. Im Erdgeschoß des von der Gefängnis-Gesellschaft errichteten Hauses sind die Werkstätten, im 1. Stock Tagesräume, im 2. die Zimmer für die Dauergäste, und im 3. Stock ist das Obdach.

**8. Kosten.** Die Kosten der Altersheime sind unter den Gesichtspunkten zu betrachten, ob die Anlage teurer ist als der Bau von Wohnhäusern, und ob die Kosten des Betriebes über die Sätze hinausgehen, die in der offenen Wohlfahrtspflege als laufende Unterstützung im allgemeinen gewährt werden. Da neuere Anstalten zum Teil in der Inflationszeit begonnen oder durch Um-

bau von Gebäuden, die anderen Zwecken dienen, entstanden sind, liegen bisher wenig Unterlagen vor, aus denen die *Gestehungskosten* berechnet werden können. In dem im Jahre 1928 fertiggestellten Altersheim für das Hospital St. Georgii in Magdeburg kostet 1 qm Wohnfläche einschließlich des zugehörigen Anteils an Flur- und Nebenräumen rund 120 M., die Kosten entsprechen also denen, die auch sonst für ein Wohngebäude gleicher Bauweise ausgeworfen werden müssen. Die Kosten eines in Berlin-Wilmersdorf errichteten Neubaues zur Vergrößerung eines Rentnerheimes, durch den 35 Wohnungen gewonnen wurden, beliefen sich auf 491 000 M., mit denen 1740 qm reine Wohnfläche bebaut werden konnten. Das im Jahre 1928 fertiggestellte St. Josephsspital in München mit Raum für 800 Pflegelinge und 100 Dienstpersonen kostete einschließlich Einrichtung rund 5 Millionen M. Bei zwei Altersheimen, deren Erbauung in Berlin für die Bezirke Lichtenberg und Tempelhof geplant ist, werden die Kosten je Bett auf rund 5900 M. bzw. rund 5600 M. berechnet.

Die *laufenden Kosten* des Betriebes liegen je nach der Art und dem Umfang der Leistungen zwischen 1—3 M. für den Verpflegungstag. Der Haushaltsplan für das städtische Altersheim in Nürnberg diene als Muster für die Betriebskosten in einem Altersheim, das sich hauptsächlich auf die Gewährung einer verbilligten Wohnung beschränkt.

#### Voranschlag für das städtische Altersheim Nürnberg im Wirtschaftsjahr 1928/29.

(105 Plätze.)

Einnahmen:	M.
Aus den Vorjahren . . . . .	—
I. Vermögenserträge einschl. Mietzinse . . . . .	13 879
II. Zuschüsse:	
V. A. Nr. 51 zur Deckung der Mehrausgabe . . . . .	22 925
III. Ersatzleistungen der Insassen . . . . .	8 740
IV. Sonstige Einnahmen . . . . .	403
	<hr/>
<i>Summe der Einnahmen:</i>	<b>45 947</b>

#### Ausgaben:

Auf die Vorjahre . . . . .	—
I. Persönliche Ausgaben:	
1. Besoldungen . . . . .	7 374
2. Löhne . . . . .	6 670
3. Zuschüsse:	
a) Heiliggeistspital . . . . .	679
b) Pensionsanstalt . . . . .	925
4. Versicherungsbeiträge . . . . .	490
	<hr/>
<i>Summe I</i>	16 138

II. Sachliche Ausgaben:	
1. Allgemeine Verwaltungskosten . . . . .	400
2. Mietanschläge . . . . .	2337
	<i>Summe II</i> 2737
III. Heilpflege . . . . . 200	
IV. Wirtschaftsbetrieb:	
1. Nahrungsmittel . . . . .	500
2. Heizung, Beleuchtung, Reinigung . . . . .	15754
3. Innere Einrichtung . . . . .	877
4. Unterhaltung der gärtnerischen Anlage . . . . .	1200
5. Sonstige Ausgaben . . . . .	250
	<i>Summe IV</i> 18581
V. Ausgaben auf Gebäude:	
1. Hausgebühren . . . . .	2486
2. Bauausgaben . . . . .	4100
	<i>Summe V</i> 6586
VI. Verzinsung und Tilgung . . . . .	1705
	<i>Summe der Ausgaben gleich den Einnahmen: 45947</i>

Zur Finanzierung von Neubauten werden neuerdings öfter Mittel aus dem Hauszinssteueraufkommen verwendet. Beim Bau des Magdeburger Altersheim im Hospital St. Georgii sind von den gesamten, 270 000 M. betragenden Kosten 200 000 M. aus Mitteln der Hauszinssteuer bewilligt. An der Aufbringung der Kosten für das Altersheim in Mannheim, das im Jahre 1927 eröffnet wurde, ist die Wohnungsfürsorgekasse mit 120 000 M. bei insgesamt 203 000 M. Gestehungskosten beteiligt. Das Rentnerheim im Verwaltungsbezirk Berlin-Wilmersdorf kostet 491 000 M., von denen 211 000 M. aus Mitteln der Hauszinssteuer hergegeben wurden.

Da die Richtsätze für Unterstützungen der offenen Wohlfahrtspflege kaum wesentlich hinter den Kosten zurückbleiben, die im Heim entstehen, — in Berlin werden in der allgemeinen Fürsorge für Einzelpersonen 42 M., in der gehobenen Fürsorge 53 M. monatlich als Richtsatz betrachtet — und Personen, die durch Alter oder Erwerbsbeschränkung fürsorgebedürftig geworden sind, im Heim ihren Lebensabend in wirtschaftlich und hygienisch vollkommenerer Weise verbringen können, als es mit den Mitteln der offenen Altersfürsorge allein ermöglicht werden kann, ist die Zurückhaltung, die notgedrungen auf diesem Gebiete der Fürsorge noch vor wenigen Jahren am Platze war, unter den veränderten Verhältnissen nicht mehr erforderlich. Es wäre allerdings verfehlt, alle Bemühungen lediglich auf die Heimfürsorge zu vereinigen. Deswegen wird neben einer allmählichen Vermeh-

zung der Altersheime gleichzeitig versucht werden müssen, die noch gänzlich unausgenutzten Möglichkeiten, die eine Veredelung der offenen und halboffenen Fürsorge bietet, stärker zu beachten und die gesamte Altersfürsorge unter diesen Gesichtspunkten planmäßig auszubauen. Erforderlich ist ein *System* der Hilfe, das mit der Sicherung des Erwerbes unter Berücksichtigung der verminderten Leistungsfähigkeit beginnt, für eine angemessene, die Existenz tatsächlich gewährleistende Höhe der Geldunterstützungen unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Naturalunterstützungen sorgt, ferner die Pflegegelder bzw. Pflegezulagen in solchen Fällen, in denen Familien alte Leute im Hause aufzunehmen bereit und geeignet sind, ausreichend bemißt, um die entstehenden Unkosten und Mühen wenigstens annähernd abzugelten, und auch die Sachleistung in Form der Haushaltungsführung durch Dritte auf öffentliche Kosten viel planmäßiger als bisher anwendet. Die weitestgehende Leistung ist dann die Aufnahme im Heim.