

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 fünfundsiebzig 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	.	.	0,90	0,21	0,26
20—25	0,30	0,46	0,22	0,32	.	0,29	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 krankhausbedürftigen 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 ¹ .
		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

¹ 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.							
	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	Ohne Angabe	
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	1	6	9	13	16	12	15	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, Geistesranke, 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 Straftlassene, weiter die Fürsorge für Trinker, Krüppel, Blinde, Taubstumme, Ertaubte und Sieche, sowie für Schwachsinnige, Idioten, Fallsüchtige und Geistesranke. 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.