

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	.	.	0,90	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. Nächsten einigen Klinikern haben schon vor längerer Zeit besonders LENNHOF, 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.