

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 nahezulegen. 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 Pfleglinge, 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 Pfleglingen 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 Geistesranke 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 Geschwulstranke, 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 Treuenbrietzen¹ 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 Versorgungskrankenhäusern 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

¹ 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 Isolierungszweck. 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 und 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 bleibt¹, 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

¹ 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 unterschriebene 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 Verknennung 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,¹⁾ 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 Nährarbeiten, 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 freiwilligem 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 „Sklassen 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 Hospitäler 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(n) 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 Pfl eglinge, 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 Ausschub 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 Ausschub 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 (Auschub 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 Unverdrossenheit, 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. Pflegenden, 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 Pflegenden zu sorgen, damit sie zur vorgeschriebenen Zeit ihr Bett aufsuchen.

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

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

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

h) Die Pflegenden 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 Pflegenden 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 Pflegenden 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 Pflegenden 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 Verwaltungstelle. 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 bazillensireuender chronischer Phthisiker, asozialer Psychopathen, Imbezillier 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
Hoym	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
Oberkunnorsdorf	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.	72 890
	<hr/>
Summe der Ausgabe:	2462 580
Darunter einmalig:	35 500
Abschluß.	
Einnahme	1 961 370
Ausgabe	2 462 580
	<hr/>
Bedarf:	501 210

Haushaltsplan des Düsseldorfer Pflegehauses 1927.

(785 Betten.)

Einnahme.	M.
1. Pflegekosten und sonstige Einnahmen	100 000
Ausgabe.	
<i>Verwaltungskosten.</i>	
1. Gehälter usw.	35 450
2. Fürsorge für städtische Angestellte und Arbeiter	1 712
3. Bekleidung der Pflegerinnen	6 000
4. Heizung, Beleuchtung, Strom und Wasser	45 000
5. Sonstige Verwaltungs- und Wirtschaftskosten einschl. Steuern, Versicherungsbeiträge usw.	20 238
	<hr/>
Summe:	108 400
<i>Verpflegung usw.</i>	
1. Speisung und eigener landwirtschaftlicher Betrieb	175 000
2. Bekleidung, Betterfordernisse, Wäsche u. dgl.	30 000
3. Ärztliche Versorgung, ärztliche Instrumente und Heilmittel.	7 000
	<hr/>
Summe:	212 000
<i>Verschiedenes.</i>	
1. Taschengeld und Zulagen für besondere Arbeiten der Pfleglinge	30 000
	<hr/>
Summe für sich.	
<i>Wiederholung der Ausgabe.</i>	
I. Verwaltungskosten	108 400
II. Verpflegung usw.	212 000
III. Verschiedenes	30 000
	<hr/>
Summe der Ausgabe:	350 400
Summe der Einnahme:	100 000
	<hr/>
Mithin Bedürfnis:	250 400

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