

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 Verkennung 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