

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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