

# Zukunftswege im Anstaltsbau [Fortsetzung]

Autor(en): **Hartmann, Theod.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers**

Band (Jahr): **9 (1938)**

Heft 11

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-806371>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Zukunftswege im Anstaltsbau

von Dr. Theod. Hartmann, Arch. S. I. A., Zug (Fortsetzung)

Nachfolgende Tabellen zeigen die Verhältnisse von Patientenzahl, Pflegedauer und Kosten für die Kantonsspitäler Zürich und Winterthur und die kantonalen Pflegeanstalten Burghölzli, Wülflingen und Wäckerlingstiftung. Mit der Senkung der durchschnittlichen Anzahl der Verpflegungstage pro Patient geht eine Steigerung der Bettbelegungszahl einher (Fig. 1), eine Tatsache, die die medizinische Klinik der rascheren Unterbringungsmöglichkeit fürsorgebedürftiger Pflegefälle in entsprechende Heime zuschreibt. Eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wird sich auch in günstiger Weise auf die rationellere Ausnutzung der Behandlungsmöglichkeiten einer Klinik auswirken. (Goldmann<sup>23</sup> nimmt an, daß 1 Pflegebett im Siechenhaus im allgemeinen etwa die Hälfte des Krankenhausbettes, und daß das Bett im Altersheim wiederum die Hälfte dessen im Pflegehaus kostet.)

Der Altersaufbau der Patienten-Gesamtzahl der medizinischen Klinik am Kantonsspital Zürich ist für das Jahr 1934 aus Fig. 4 ersichtlich. Aus dem Vergleiche der nach dem Alter ausgezählten Patientenzahlen mit den Zahlen der Verpflegungstage nach dem Alter (Fig. 5) ergibt sich die Tatsache, daß die älteren Patienten die Krankenhausbetten durchschnittlich länger benutzen als die jüngeren (Fig. 6). Von den 505 Patienten über 60 Jahre starben 131; von den Ueberlebenden wurden 70 in Altersheime, bzw. Pflegeanstalten verlegt (19,1 Prozent). Die Spitalfürsorgerin schätzt indessen, daß ungefähr 30 Prozent der über 60jährigen Patienten mit der Verlegung in Pflegeheime ebensogut gedient wäre.

„Die kostspieligen Einrichtungen des modernen Krankenhauses werden teils zu häufig oder zu lange von ungeeigneten Patienten in Anspruch genommen. Der teure Betrieb wird dadurch unzweckmäßig belastet und der Allgemeinheit werden unnütze Kosten (in Erstellung und Unterhalt) verursacht. Dem Einzelnen Hilfebedürftigen aber werden keinerlei Vorteile geboten, die er nicht in gleicher Güte auch mit einfacheren Mitteln haben könnte. Jede Verbesserung der Fürsorge für Alte und Chronischkranke kommt indirekt auch den unbedingt behandlungsbedürftigen Kranken zugute, indem für sie im Spital Platz geschaffen wird.“ (Goldmann<sup>23</sup>).

Ein erfahrener höherer Spitalbeamter schätzte gelegentlich einer privaten mündlichen Unterredung die Zahl der nicht unbedingt klinisch behandlungsbedürftigen Patienten des Kantons-spitales Zürich auf 10 bis 20 Prozent. Demnach hätten im Jahre 1934 zirka 1100 Patienten (10 Prozent) in Erholungs- und Pflegeheime verlegt werden sollen. Das entspricht bei Annahme einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 1 Monat in obgenannten Heimen einer Zahl von 1100:12 = zirka 92 noch fehlenden Plätzen, die zur Dekung des Fürsorgebedarfes nur des Kantonsspitales nötig wäre. Von den 300 000 im Jahre 1934 im Kantonsspital verabfolgten Verpflegungstagen

Fig. 1. Medizinische Klinik am Kantonsspital Zürich

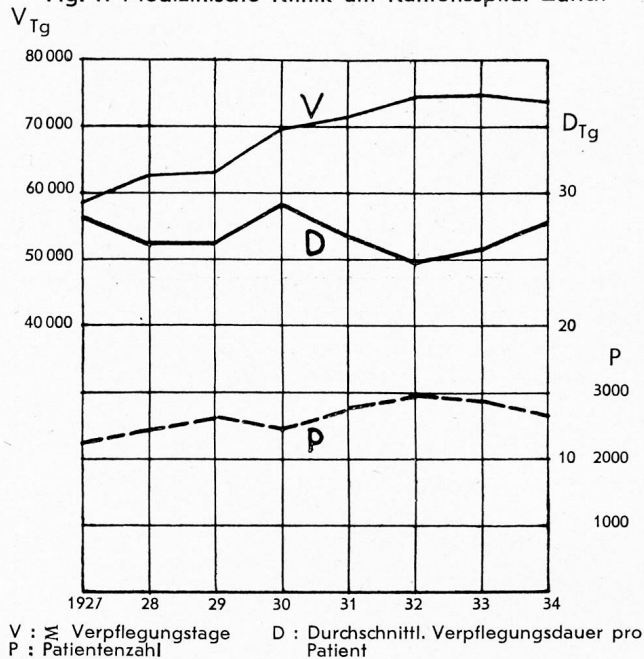


Fig. 2. Durchschnittliche Pflegedauer pro Patient

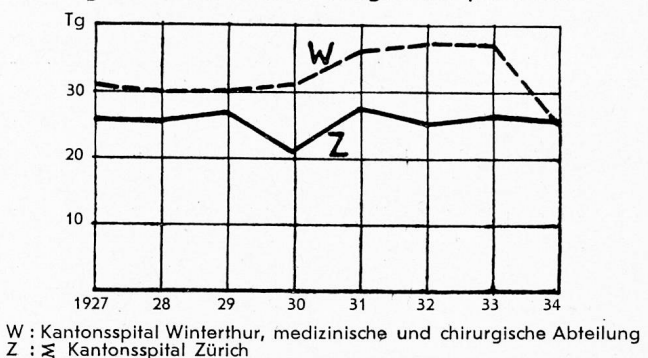
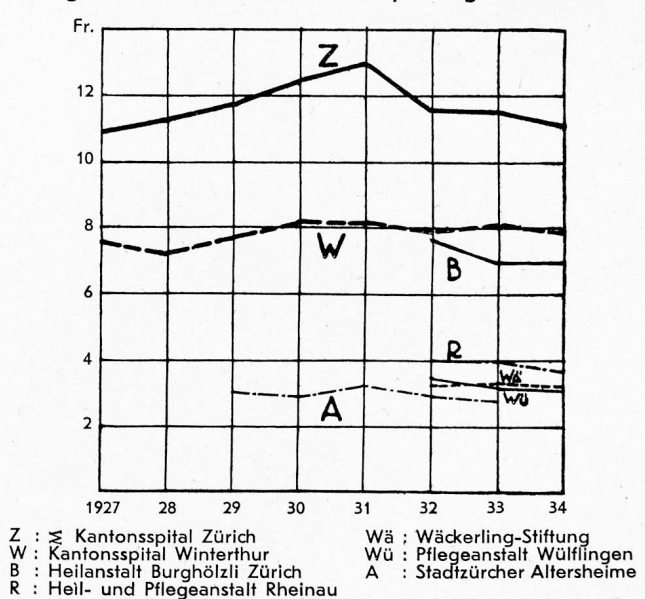


Fig. 3. Durchschnittliche Kosten pro Tag und Patient



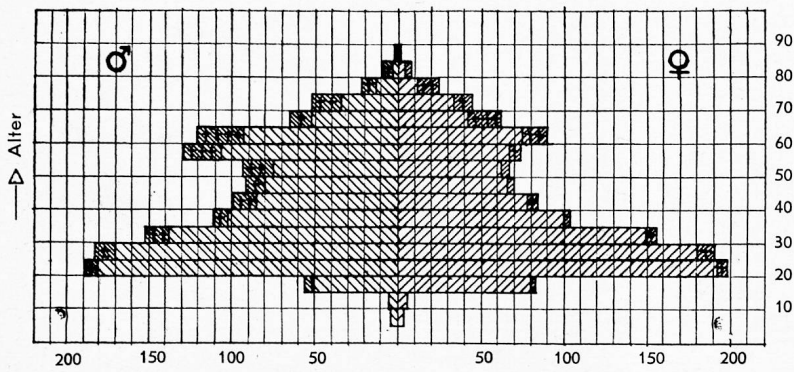


Fig. 4.  
Patientenzahl der medizinischen Klinik am Kantonsspital Zürich, 1934, nach dem Alter

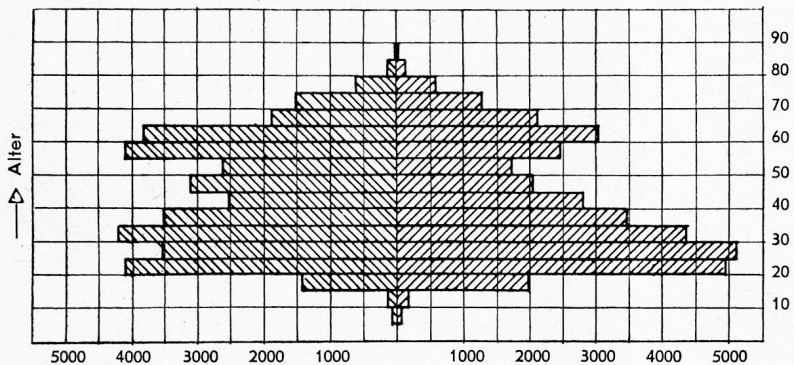


Fig. 5.  
Verpflegungstage der medizinischen Klinik am Kantonsspital Zürich, 1934, nach dem Alter der Patienten

zu 11 Fr., hätten (10 Prozent) ungefähr 30 000 in Pflege- bzw. Erholungsheimen gegeben werden können. Das entspräche bei Annahme der Verpflegungskosten von 4 Fr., pro Tag und Pflingling in den genannten Anstalten einer Kostenersparnis von  $(11-4) \times 30\,000 = 210\,000$  Fr., womit das Anlagekapital obiger 92plätzigen Pflegestation schon zum guten Teil gesichert wäre. Diese rohe Schätzung gibt ein ungefähres Maß für die Größenordnung der einzusparenden Summen.

Die Errichtung einfacher Anstalten zur Pflege (nicht Behandlung) von Alten, Chronischkranken, Leichtkranken und Genesenden ist zur Entlastung der auf akute und ärztlich behandlungsbedürftige Fälle eingestellten Krankenhäuser ein dringendes Bedürfnis. Wir kommen so zur Forderung nach einer Umschichtung im Anstaltsbedarfe: relativ weniger Krankenhaus- aber mehr Pflege- und Erholungsplätze (Fig. 7) und innigere Beziehungen

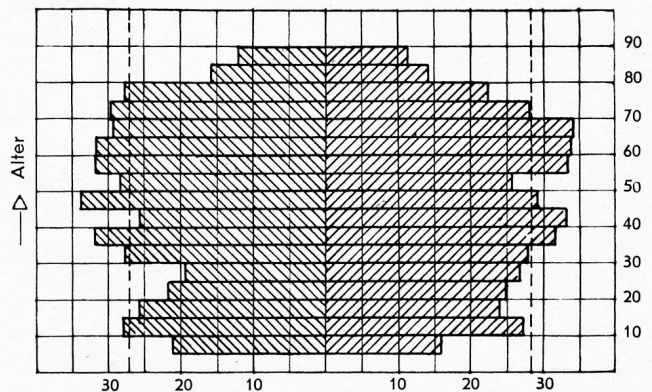


Fig. 6.  
Durchschnittliche Verpflegungsdauer der medizinischen Klinik am Kantonsspital Zürich, 1934, nach dem Alter der Patienten

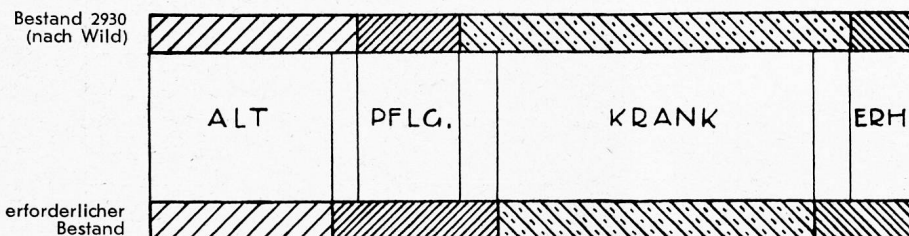


Fig. 7.  
Effektiv vorhandene und erforderliche Bettenzahl verschiedener Anstaltstypen bei gleichbleibender Gesamtbettenzahl

zwischen den einzelnen Anstaltstypen der gesundheitlichen Fürsorge. (Fig. 9 und 10).

Hält man an dem Gedanken fest, daß das neuzeitliche Krankenhaus der Großstädte kein Asyl für erwerbsunfähige, alte Leute, Chronischkranke, Obdachlose, Landstreicher und Stadtbummler werden darf, sollen die Krankenhäuser im In-

teresse der am Gemeinschaftsleben aktiv teilnehmenden Personen vor dem Andrang der unheilbar Unwirtschaftlichen geschützt werden, so ist es notwendig, auch im Krankenhaus das Aufnahmeverfahren auf eine andere Grundlage und in innigere Verbindung mit der Organisation des Asylwesens zu bringen.“ (Goldmann<sup>23</sup>).

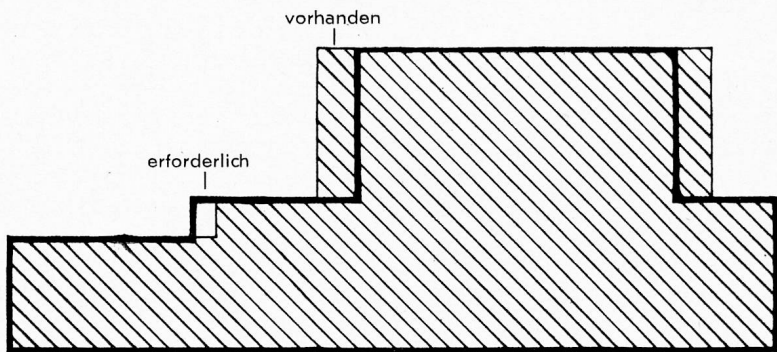


Fig. 8.

Vorhandene } Kosten bei gleichbleibender  
 Erforderliche } Gesamtbettenzahl

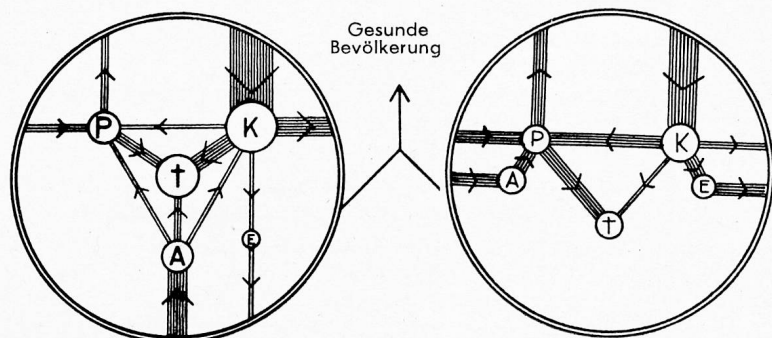


Fig. 9. Jetziger Zustand

Fig. 10. Erforderlicher Zustand

K = Krankenanstalt P = Pflegeanstalt  
 E = Erholungsheim A = Altersheim † = Gestorb

Beziehungsschemata der verschiedenen  
 Anstaltstypen bei gleichbleibender  
 Gesamtbettenzahl

### 3. Probleme des Asylwesens.

Für die Organisation des Asylwesens sind Faktoren regionaler, wirtschaftlicher, hygienischer und sozialer Art maßgebend. Sie ist nicht zuletzt auch abhängig und beeinflusst von ethischen Anschauungen und vom Glaubensbekenntnis.

Es wurden bei der Bearbeitung von den verschiedensten Fürsorgestellen, Anstaltsverwaltungen und Architekten Erkundigungen und Erfahrungen eingezogen über Betrieb und Bau von Asylen, die sich wohl teilweise überdecken, sich aber in den meisten und wichtigsten Fragen nicht vereinbaren lassen. Es sei auch hier wieder auf die aufgeführte Literatur verwiesen.

Ueber die bauliche und organisatorische Gestaltung von Altersheimen lassen sich nach unserem Dafürhalten nicht wie für den Anstaltsbau der gesundheitlichen Fürsorge, deren Bauorganisation sich in der Hauptsache aus Hygiene und Technik ergeben, grundlegende Richtlinien und Anforderungen aufstellen. Es seien aber doch die wesentlichsten Gesichtspunkte, die bei der Gliederung und Organisation von Heimen der geschlossenen Fürsorge interessieren, in ihrer verschiedenartigen Darlegung und Begründung hervorgehoben. Dabei sei es uns gestattet, jeweils zu den einzelnen Absichten kurz Stellung zu nehmen.

a) Zur Differenzierung der Pflegebedürftigkeit.

In unseren Gebieten sind sehr häufig Anstalten der wirtschaftlichen mit Einrichtungen der gesundheitlichen Fürsorge zusammengelegt. Wir treffen heute vielerorts auf den Mißstand, daß auf dem Lande pflege- und heimbefürftige Greise noch in Armenhäusern, gemischt mit Waisen-

Krüppeln und anderen Gruppen von Hilfebedürftigen untergebracht sind. Zahlreiche Alte müssen in verschiedenen Kantonen in großen Anstalten in sehr gemischter Gesellschaft ihr Leben beschließen. Die Kombination von Altersheimen mit Waisenhaus oder Säuglingsheim, die wir gelegentlich finden, stellt hygienisch ebenfalls keine befriedigende Lösung dar. Die gemeinsame Unterbringung erwerbsunfähiger, aber gesunder Alter, Chronischkranker und Altersgebrechlicher, arbeitsfähiger, aber arbeitsscheuer Personen und von Fürsorgezöglingen, wie wir sie auch in sächsischen Anstalten häufig finden, bewährt sich weder in hygienischer noch in menschlicher Hinsicht. Es bedarf keiner näheren Erörterung, daß solche Zustände vom volkswirtschaftlichen und hygienischen Standpunkte aus verwerflich sind. „Es haftet dem Anstaltswesen heute noch die Auffassung des mittelalterlichen Siechenhauses an, das die gesellschaftlich abgewerteten und die die Allgemeinheit gefährdenden Aussätzigen endgültig aufnahm und sie ihrem traurigen Schicksal überließ, um die Volksgemeinschaft von ihnen zu „säubern“, und zwar auf billigstem, einfachstem und sicherstem Wege. Gesellschaftlich gemeingefährlich Ansteckende, auch sittlich und geistig Gemeingefährliche, müssen heute noch zum Schutze der Allgemeinheit abgesondert werden. Es ist kaum abzusehen, ob dem einmal anders werde. Nur darf diese Absonderung — und darin besteht der wesentliche Fortschritt, die bedeutendste Errungenschaft der neuzeitlichen Gesellschaftskunde — keine endgültige mehr sein für alle die Fälle, die entweder heilbar sind, oder deren Heilung wahrscheinlich oder möglich scheint.“ (Loosli<sup>32</sup>). Auf dem Wege der allgemeinen Aufklärung dürfte aber einer hygienisch und volkswirtschaftlich befriedigenden Anstalts-

bedarfsdeckung weitgehend vorgearbeitet werden können.

Die Erkenntnis, daß die verschiedenen Kategorien der Versorgungsbedürftigen auseinander zu halten sind, ringt sich immer mehr durch. Was uns im Rahmen der Probleme der Anstaltsversorgung der geschlossenen Fürsorge interessiert, ist die Differenzierung der Unterbringungsmöglichkeit für gesunde und kranke Pfleglinge.

Krankheitsfälle unter den Insassen sind in Altersheimen keine Ausnahmen. Betreffend die Betreuung dieser krankgewordenen Alten treffen wir bei unseren Anstaltsverwaltungen und Fürsorgepraktikern auf grundsätzlich verschiedene Ansichten:

1. Der Insasse, der im Laufe der Zeit pflegebedürftig wird, wird im Heim, womöglich in seinem ihm vertraut gewordenen Raume gepflegt. Er fühlt sich hier zu Hause und die Bedeutung seiner Krankheit kommt ihm unter Umständen gar nicht voll zum Bewußtsein. „Wenn jemand krank wird, so daß man fürchten muß, es gehe dem Ende entgegen, dann soll sich erst recht zeigen, was ein wirkliches Heim von einer Anstalt unterscheidet. Der krank Gewordene wird nicht einfach ins Krankenhaus versetzt, sondern man behandelt ihn, wenn nicht ganz außerordentliche Pflege notwendig ist, und selbst dann noch in seinem Zimmer und läßt ihn hier die Augen schließen (Weber<sup>51</sup>). Altersheime, wie wir sie in unseren Gegenden kennen, sind nach ihrer ganzen Einrichtung nur für Gesunde bestimmt und lehnen Pflegebedürftige meist ausdrücklich ab. Die Betreuung pflegebedürftiger Alter ist also bei minimaler Haltung von Wartpersonal oder gar bei Mangel an entsprechend geschultem Pflegepersonal meist ungenügend und unwirtschaftlich. Trotzdem gebührt aber dieser Art der Pflege krankgewordener Insassen vom rein menschlichen Standpunkte aus der Vorzug.

2. Der Kranke wird je nach der Schwere seines Leidens und je nach verfügbaren Pflegeplätzen in ein Krankenhaus bzw. Pflegeheim versetzt. In unseren städtischen Altersheimen finden wir sehr wenige oder gar keine kranken Greise. Diese werden, wenn sie vermehrter Pflege bedürfen, den Pflegehäusern und, da deren verfügbare Bettenzahl meist beschränkt ist, den Krankenanstalten überantwortet. In der ländlichen Altersheimpflege treffen wir indessen, in weit vermehrtem Maße als in städtischen Verhältnissen, auf den Brauch, daß krankgewordene Alte im Heim gepflegt werden. Der Pflegling fühlt sich eben nach einer Versetzung nicht mehr „daheim“ und kann leicht das Gefühl bekommen, vernachlässigt und zurückgesetzt zu sein, oder er ahnt gar die möglichen Folgen seines Gebrechens und kommt sich aufgegeben vor. Er erfreut sich aber hier sachkundigerer Betreuung. Die Pflege ist wirtschaftlicher. Vom hygienischen und volkswirtschaftlichen Standpunkte aus erscheint dieses Prinzip richtiger.

3. Polligkeit<sup>52</sup> formuliert den Bedarf an Anstalten verschiedener Art folgendermaßen: „Zu einer systematisch aufgebauten Altersfürsorge gehört eine differenzierte Gliederung von Anstalts-

typen der verschiedensten Art. Wir brauchen Altersheime zur Aufnahme von Personen, die weder einen eigenen Haushalt besitzen, noch bei Angehörigen oder Fremden ein Unterkommen finden. Die neue Schicht der verarmten Kleinrentner löst das Bedürfnis nach der Schaffung von Wohnheimen aus, weil diese Personen nicht mehr in der Lage sind, ihre bisherige, größere Wohnung zu erhalten, andererseits sich in jeder Beziehung noch so selbständig fühlen, daß sie einen Haushalt in einer ihrem verringerten Wohnbedürfnis angepaßten Wohnung führen können. Daneben brauchen wir Altersheime mit dem Charakter von Pflegehäusern für Personen, die an Altersbeschwerden leiden ohne chronischkrank oder siech zu sein. Schließlich benötigen wir noch den Typ der Siechenanstalten zur Aufnahme von chronischkranken, namentlich an Altersschwäche leidenden Personen. Bisher ist diese Sonderung der verschiedenen Anstaltstypen nicht überall durchgeführt. Namentlich wird darüber geklagt, daß sieche Personen in Krankenhäuser aufgenommen werden müssen, weil besondere Anstalten fehlen und daß sie in Krankenanstalten wesentlich teurer verpflegt werden.“ Für unsere schweizerischen Verhältnisse können wir diese Forderungen wohl nicht allgemein aufstellen. Das Postulat nach differenzierten Anstalten ist auf den ersten Blick gewiß überzeugend, wird sich aber in der Praxis wohl kaum durchführen lassen.

4. Verschiedentlich wird für die Städte ein dezentralisierendes System von Anstalten zu Heim-, Pflege- und Behandlungszwecken unter ein und derselben Fürsorgeinstitution als Optimum des Asylwesens angesprochen, während für die dünnbevölkerten Landgebiete ein zentralisierendes System von Anstalten und Heimen in Frage käme in der Form, daß z. B. bezirksweise je ein Pflegeheim für Chronischkranke und hochgradig Altersgebrechliche, sowie ein Krankenhaus begründet würde. Die Errichtung von Altersheimen bliebe der Gemeindefürsorge überlassen. In der städtischen Fürsorge für das Alter finden wir heute auch schon verschiedene Anstaltstypen neben einander, die sich gegenseitig ergänzen. In ländlichen Gegenden existiert bis heute im allgemeinen nur das Altersheim. „Die Tendenz der Zentralisierung der Krankenanstalten in den Großstädten ist, wenn auch erst in den Anfängen, wahrnehmbar.“ (Goldmann<sup>53</sup>).

5. Der Studienausschuß über den Zustand der holländischen Altersfürsorge<sup>54</sup>, der im Jahre 1920 von der Niederländischen Vereinigung für Armenpflege und Wohltätigkeit eingesetzt worden war, wünscht eine auf breiter Grundlage basierende Kombination von Wohnheim, Altersheim, Pflegeheim und Krankenhaus. Soweit die alten Leute noch selbst für sich sorgen können, sind die ‚Hofjes‘ für sie das beste. Ihre Vorliebe für die Unterbringung in Wohnheimen, wo ihre Selbständigkeit weitgehend gewahrt ist, steht außer allem Zweifel. Es muß aber dafür gesorgt werden, daß die Alten, wenn sie aus wirtschaftlichen oder biologischen Gründen unselbständig werden, mühelos in die Abteilung mit voller Verpflegung (Altersheim) bzw. Pflegeheim für vermehrt Pfl-

gebedürftige oder ins Krankenhaus für Behandlungsbedürftige übergehen können. Allerdings kommen wir so zu einer Anstaltsgröße, die sich wohl nicht allen Verhältnissen anpassen läßt. Eine Vereinfachung des letztgenannten Vorschlages wäre die Kombination der drei Abteilungen: Wohnheim, Altersheim und Pflegeheim. Die Verbindung von Asylen zu Beherbergungs- mit solchen zu Pflegezwecken bietet in dieser Beziehung wünschenswerte Vorteile. Es gibt zahlreiche Uebergangsfälle, für die die Verlegung in eine andere Abteilung der eigenen Anstalt viel einfacher ist als die Versetzung in ein räumlich vielleicht weit abgelegenes Asyl.

Welche der genannten Ansichten über die Differenzierung der Pflegebedürftigkeit letztendlich den Vorzug verdient, kann nicht allgemein gültig ausgesagt und muß von Fall zu Fall erwogen werden. Das Pflegeheim ist nach unserem Dafürhalten ein zugehöriger Teil zum Wohn- bzw. Altersheim, sei es, daß im Altersheim eine Anzahl von Zimmern oder eine ganze Abteilung als Pflegestation eingerichtet, oder daß ihm unter derselben Verwaltung ein Pflegeheim angegliedert sei. Die Angliederung von Pflegestationen an andere Einrichtungen der geschlossenen Fürsorge hat den Vorteil, daß Materialien und Lebensmittel gemeinschaftlich besorgt werden können und die Verwaltung vereinfacht wird. Pflege, sowie ärztliche Betreuung sind gemeinsam besser und leichter durchführbar, und die Anstalt hat nicht den Charakter des Sterbehauses. Eine zu weitgehende Sonderung von Krankheits- und Gebrechlichkeitsarten erscheint nicht zweckmäßig. Zwar ist die Mischung verschiedener Kranker vom wirtschaftlichen und menschlichen Standpunkte aus von Bedeutung. (Wir weisen auf die treffliche Ergänzungsmöglichkeit hin, wenn beispielsweise ein Schwerhöriger und ein Schwachsichtiger einen Lahmen zum Spaziergang führen.) Die Möglichkeit mehrere Gruppen von Gebrechlichkeitsarten zu einem wirtschaftlichen Betrieb zu vereinigen, und der Vorteil, die Arbeitshilfe gesunder, wenn auch beschränkt arbeitsfähiger Pfleglinge dem Gesamtbetriebe nutzbar zu machen, sprechen für die Kombination von Alterswohn- mit Alterspflegeheim. Die Errichtung von an Altersheime angegliederten Pflegeabteilungen ist sowohl zur Entlastung der Altersheime, die in der Regel nicht für die eigentliche Krankenpflege bestimmt sind, als auch zur Entlastung der Krankenhäuser, deren Betrieb hauptsächlich auf akut erkrankte Personen eingestellt ist, nötig.

Durch architektonisch und baulich geeignete Dispositionen dürfte diesen Anforderungen in wirtschaftlich, hygienisch und menschlich befriedigender Weise Rechnung getragen werden können. Wir wollen uns nicht anmaßen, einen Idealtyp des Altersheimes — womöglich noch für die Zukunft — aufzustellen. Wir glauben uns aber dazu berechtigt, auf ein aus unseren Ueberlegungen hervorgehendes, anzustrebendes Ziel hinzuweisen. Dieses Ziel sehen wir in einer Kombination des Altersheims mit dem Pflegehaus (in der Art des kürzlich fertiggestellten Heimes St. Anna in Unterägeri), das dem Charakter der ver-

schiedenen, mit dem Alter einhergehenden Leiden und Gebrechen und den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Pfleglinge weitmöglichst entgegenkommt.

#### b) Anstaltsgröße und Lage.

Was die Anstaltsgröße anbelangt, so begegnen wir auch hier den verschiedensten Auffassungen. In unseren Gegenden bevorzugen die Fachleute Altersheime bis zu 50 bis 60 Betten, eine Beschränkung, die nicht nur durch die Geldmittel der Gründer geboten ist, sondern auch den Insassen das Gefühl des Massenbetriebes nehmen soll. „Die Altersheime müssen wirkliche Heime sein, in denen man sich wohl und heimelig fühlen kann; es muß sein wie in einer Familie, wo jedes Glied so gut als möglich dem andern dient, und wo Frohmut und Freundlichkeit selbstverständlich sind. Wenn das Altersheim als kalte, geschlossene Anstalt empfunden wird, in dem man nur eine Nummer ist, bedarf es für den Pflegling eines schweren Entschlusses und großer Ueberwindung die Freiheit preiszugeben und sich zum Eintritt zu entschließen.“ (Weber<sup>51</sup>). In Großanstalten kommt das persönliche Moment nicht mehr zur Geltung. Das Empfinden, in einer Familie daheim zu sein, geht verloren. Es ist indessen noch fraglich, ob sich der Pflegling in einem größerem Heime nicht doch wohler fühlt, wo er gewissermaßen in der Masse verschwindet, unauffälliger seine Wege gehen kann und sich nicht überall beobachtet und kontrolliert wähnt. Auch vom wirtschaftlichen Standpunkte aus erscheint als günstigere Lösung die Anstalt mit über 100 Plätzen, wo verschiedene Abteilungen für gesunde, gebrechliche und kranke Alte, gesondert nach der Pflegebedürftigkeit, unter einer Verwaltung und einem Wirtschaftsbetrieb vereinigt werden können. Zwar ist es fraglich, wo die Grenze der Wirtschaftlichkeit einer Anstalt liegt; Eschle<sup>23</sup> setzt sie etwa bei 300 Personen an, wobei er besonders auf die Ersparung an Pflegepersonal hinweist; Schob<sup>23</sup> möchte lieber eine Ausdehnung auf etwa 500 Betten, um die Pfleglinge je nach ihren Leiden gruppieren zu können. Der Beweis dafür, daß größere Anstalten auch relativ größere Ausgaben machen, ist bisher noch nicht geliefert. Die Ausgaben in größeren Betrieben vermindern sich noch eher. Die Möglichkeiten der Rentabilitätssteigerung durch gemeinsamen Einkauf von Verbrauchs- und Lebensmitteln, sowie durch die Bewirtschaftung von Eigenbetrieben, sind in größeren kombinierten Einrichtungen günstiger. Gegen die eigentliche Großanstalt spricht aber das Gefühl des menschlichen Fürsorgers, denn ein Haus von solchen Ausmaßen kann von den Insassen und Pfleglingen eben nicht mehr als Heim, sondern muß als Anstalt empfunden werden, ein Vorwurf, den noch heute viele Anstalten (Zwangsanstalt) nicht wohl von sich abweisen können. Man möchte indessen wünschen, es würde allgemein mehr danach gestrebt, den noch landläufigen Begriff „Anstalt“ als etwas an sich Kaltes, Eintöniges, Strenges nach Möglichkeit umzuformen nach dem, was wir unter dem Namen „Heim“ verstehen. Entsprechende architektoni-

sche Gestaltung, bestmögliche Auflösung in einzelne Pavillons in Form eines Pflege- bzw. Altersdorfes vermag aber dem Gefühle der Kasernierung weitgehend entgegenzuwirken. Es bedarf wohl keiner näheren Erläuterung, daß ein eigentliches Großheim (Buch, Berlin 1500 Betten) nur für großstädtische Verhältnisse in Betracht kommt. Für die ländlichen Bezirke erscheint nach den Erfahrungen unserer Fürsorge- und Heimpraktiker eine Heimgröße bis zu 60 Plätzen die geeignetste zu sein. Wir haben allerdings bei kleinen Altersheimen aus organisatorisch-betrieblichen Gründen nicht mehr die Möglichkeit, sie mit entsprechenden Pflegeheimen zu kombinieren bzw. ihnen Pflegestationen anzugliedern. Es wäre für kleine Altersheime eine zu große Belastung, nur für eine geringe Anzahl von Invaliden besondere Pflegepersonen einzustellen. In größeren aus Wohn- und Pflegeheim kombinierten Anlagen läßt sich dem Austauschbedürfnis besser entgegenkommen, eine Tatsache, die bei der Gründung von Altersheimen entschieden für die kombinierte und größere Anstalt spricht, wo sich die Insassen bequem von einer zur anderen Abteilung verlegen lassen. Auch erscheint eine Verzettelung der Asyle in allzukleine Einzugsgebiete unwirtschaftlich.

Es erscheint durchaus im Sinne planwirtschaftlicher Arbeit, wenn der an mehreren Stellen vor-

handene Bedarf einer einzigen Anstalt zugute kommt und für ein größeres Gebiet eine gewisse Zentralisierung erfolgt. Doch sei hier nochmals darauf hingewiesen, daß wir keine allgemein gültigen Faustregeln aufzustellen gewillt, noch berechtigt oder zuständig sind.

Anstaltslage: Neuerrichtungen von Heimen und Anstalten werden in Städten, sowie in Landgemeinden meist an die Peripherie der Ortschaft projektiert. Diese Lage hat — abgesehen von der Entfernung vom Getriebe der Stadt — den Vorteil, daß die Anlage durch die geringeren Grundstückspreise verbilligt wird. Dazu kann hier leichter für landwirtschaftliches Hinterland zur Eigenwirtschaft gesorgt werden. Der Nachteil der weiteren Entfernung von der Stadt trifft dagegen vor allem die Angehörigen der Pfleglinge, denen der Besuch erschwert wird. Dies kann jedoch durch gute Fahrverbindungen ausgeglichen werden. Wir verfügen zwar in der Schweiz über verschiedene städtische Alters- bzw. Pflegeheime, die — in früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten erbaut — inmitten des stärksten Verkehrs der Großstadt stehen. Die Insassen fühlen sich darin sehr wohl und zuhause, sind in der Nähe ihrer alten Bekannten und im gewohnten Milieu. Daß aber für Neugründungen diese Lage — besonders für Städte — wohl kaum in Betracht fällt, braucht wohl nicht des Näheren dargelegt zu werden.

## Ueber Brennstoffversorgung und Brennstoffpreise

von G. Hofmann, Verwalter des Kreispitals Männedorf (Nachdruck nur mit Genehmigung gestattet)

Bekanntlich sind die Einfuhr-Kontingente für Kohlen und für flüssige Brennstoffe auf Grund der im Jahre 1931 importierten Mengen an die in der Schweiz ansässigen Kohlen- und Heizöl-Importfirmen, an einige industrielle Großverbraucher, worunter der Verband Schweizerischer Gaswerke und die Schweiz. Bundesbahnen zählen, erteilt worden. Diese Importfirmen sind einerseits in der Schweiz. Zentralstelle für Kohleneinfuhr in Basel, anderseits in der „Carbura“ Schweiz. Zentralstelle für den Import flüssiger Brennstoffe in Zürich zusammengeschlossen unter Aufsicht des eidg. Volkswirtschaftsdepartementes.

Das Statut der Kohlen-Kontingentierung ist eine Regelung des Staates und der Kohlenverbände unter sich, bzw. der in ihnen Kartell-, monopol- und trustartig, in- und ausländisch zusammengeschlossenen Großfirmen aus der Produktion, die finanz- und mengenmäßig die Kohlenverbände und den Markt beherrschen.

Nachdem sich schon Jahre vorher große ausländische Organisationen, teils unter ihren ausländischen, teils unter neutral gehaltenen Firmennamen mit Unterstützung von Schweizerfirmen, und von hiesigen Persönlichkeiten aus der Brennstoffbranche, in der Schweiz dauernd niedergelassen haben, muß man sich nicht darüber wundern, daß den Firmen ausländischen Ursprungs mehr als die Hälfte der Einfuhr-Kontingente zur Verfügung gestellt worden ist. Diese Tatsachen sind dem Mangel fehlender Bestimmungen über die Bedingung der schweizerischen Staats-

zugehörigkeit der Kontingent-Empfänger in der Bekanntmachung des eidg. Volkswirtschaftsdepartements vom 23. Juni 1932 zuzuschreiben. Dieser Mangel beim Erlaß wirkt sich je länger je mehr zum großen Schaden der altansässigen schweizerischen Kohlenhandelsfirmen mit Fachleuten schweizerischer Nationalität aus. Der schweizerischen Volkswirtschaft erwächst großer Schaden, weil durch diesen Zustand die Preisbildung im Inland stark durch ausländische Firmen bestimmt und ausgeübt wird, und ein großer Teil des Nutzens auf dem Importgeschäft in festen und flüssigen Brennstoffen, welcher der schweizerischen Volkswirtschaft zugute kommen sollte, vor der Schweizergrenze genommen, resp. den Produzenten-Preisansätzen zugeschlagen wird und im Ausland verbleibt.

Die Einfuhr-Kontingente für Brennstoffe hätten bei gerechter Lösung der Einfuhrregelung an alle im Brennstoffhandel aktiv tätigen Import- und Platzhandelsfirmen ausschließlich schweizerischer Nationalität entweder gleichmäßig, oder dann zum mindesten ihm Rahmen der Brennstoffbezüge der Firmen im Stichjahr 1931 durch das Departement aufgeteilt werden müssen.

Es gibt viele Beispiele aus der Praxis, wo die schweizerischen Kontingentinhaber, wenn sie nicht Anhänger und Freunde der Trust- und Monopolesellschaften sind, selbst mitsamt den Einfuhrscheinen zum Import von Brennstoffen, nämlich von deutscher Seite keine Ware bekommen, weil der Import in die Schweiz von deutschen Brenn-